X kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Rolnictwa i Rozwoju Wsi (nr 19)**

z dnia 21 marca 2024 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Rolnictwa i Rozwoju Wsi (nr 19)

21 marca 2024 r.

Komisja Rolnictwa i Rozwoju Wsi, obradująca pod przewodnictwem posła **Mirosława Maliszewskiego (PSL-TD)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat dostępności usług medycznych i stanu zdrowia mieszkańców obszarów wiejskich.

W posiedzeniu udział wzięli: **Wojciech Konieczny** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Adam Nowak** podsekretarz stanu w Ministerstwie Rolnictwa i Rozwoju Wsi wraz ze współpracownikiem, **Marek Adamiak** pełniący obowiązki dyrektor Departamentu Rolnictwa i Rozwoju Wsi Najwyższej Izby Kontroli**, Grzegorz Kubalski** zastępca dyrektora Biura Związku Powiatów Polskich, **Jan Kaźmierczak** prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Obrony Praw Rolników, Producentów i Przetwórców Rolnych, **Jakub Telega** wiceprezes Związku Pracodawców „Farmacja" wraz ze współpracownikami, **Grzegorz Anczewski** doradca Krajowej Rady Izb Rolniczych oraz **Tomasz Nawrocki** stały doradca Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Dariusz Myrcha, Paulina Przybysz**.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dzień dobry, otwieram posiedzenie Komisji Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

Witam państwa posłów, witam przedstawicieli Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi z panem podsekretarzem stanu Adamem Nowakiem, przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia z panem sekretarzem stanu Wojciechem Koniecznym, przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli, jak również przedstawicieli pozostałych organizacji oraz wszystkich przybyłych gości.

Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Porządek dzienny dzisiejszego posiedzenia został państwu dostarczony i obejmuje rozpatrzenie informacji ministra rolnictwa i rozwoju wsi oraz ministra zdrowia na temat dostępności usług medycznych i stanu zdrowia mieszkańców obszarów wiejskich. Jest to temat wynikający z planu pracy Komisji, który przyjęliśmy.

Czy są uwagi do porządku dziennego? Uwag nie słyszę, uważam porządek dzienny za przyjęty. Przystępujemy zatem do realizacji porządku dziennego. O zabranie głosu i przedstawienie informacji w pierwszej kolejności proszę pana ministra Adama Nowaka. Jako drugiego będę prosił pana ministra Wojciecha Koniecznego. Proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Rolnictwa i Rozwoju Wsi Adam Nowak:

Dziękuję bardzo.

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, jeśli chodzi o tematykę dzisiejszego posiedzenia, to resort rolnictwa i rozwoju wsi nie jest w tej tematyce resortem wiodącym. Jedyne działania, które podejmujemy w zakresie profilaktyki ochrony zdrowia czy też analizy tego stanu zdrowia, dotyczą działalności Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie rehabilitacji. Możemy też dodać szereg kwestii związanych z profilaktyką i promocją zdrowia realizowanych przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz Fundusz Składkowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników chociażby poprzez wsparcie i dofinansowanie odpoczynku zimowego i letniego dla dzieci rolników oraz realizację różnego rodzaju kampanii i działań edukacyjnych w tym zakresie, realizowanych również przez placówki terenowe KRUS.

Natomiast jeśli już mówimy o samym stanie zdrowia i kwestiach zdrowotnych – nie tyle profilaktyki, co działań leczniczych – to są one realizowane poprzez Centra Rehabilitacji Rolników KRUS. I tutaj, jeśli chodzi o te schorzenia, zakres zadań głównych

obszarów, w których te centra prowadzą działalność, w których w największym stopniu podejmujemy interwencje, to są schorzenia układu ruchu i układu krążenia. Są one główną przyczyną kierowania rolników na rehabilitację leczniczą. Można powiedzieć, że są to schorzenia o charakterze zawodowym, wynikające ze specyfiki pracy w gospodarstwach rolnych.

Dodatkowo warto wskazać, że rehabilitacja lecznicza organizowana przez KRUS prowadzona jest w formie 21-dniowych, stacjonarnych turnusów rehabilitacyjnych. Podkreślę, że są to obecnie centra rehabilitacji w Horyńcu-Zdroju, Iwoniczu-Zdroju, Jedlcu, Kołobrzegu, Szklarskiej Porębie i Świnoujściu. I tam, pod opieką specjalistów – lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarek – rolnicy, ale także świadczeniobiorcy emerytur rolniczych, mogą uzyskiwać bogatą ofertę zabiegową i leczniczą.

Myślę, że tak syntetycznie to na tyle, nie będziemy wchodzili w szczegóły. Jeżeli będą pytania za strony pań lub panów posłów, to jestem w tym zakresie do dyspozycji.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Bardzo dziękuję.

Tak jak zapowiedziałem, poproszę teraz pana ministra Wojciecha Koniecznego o przedstawienie informacji ze strony resortu zdrowia. Proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Wojciech Konieczny:

Dziękuję bardzo.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, analizując zmiany w zakresie czasu i zróżnicowania trwania życia mieszkańców wsi w Polsce, należy wskazać, że według ostatnich danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2022 r. przeciętna długość życia mężczyzn na wsi wynosiła 73 lata, z tego 60,2 roku, 82% tego czasu, przeżytych w zdrowiu. U kobiet było to 81 lat, z tego 63,5 roku, czyli 78%, przeżytych w zdrowiu. W porównaniu z mieszkańcami miast oczekiwana długość życia w 2022 r. na wsi była krótsza o 0,8 roku, ale długość życia w zdrowiu była minimalnie – o 0,1 roku – dłuższa. Natomiast oczekiwana długość życia ogółu mieszkanek wsi była praktycznie taka sama jak mieszkanek miast, a długość życia w zdrowiu nieznacznie – o 0,3 roku – krótsza.

Pandemia COVID-19 przyczyniła się do skracania długości życia mieszkańców w 2020, 2021 i 2022 roku w stosunku do roku 2019. W przypadku mężczyzn w sumie o 2 lata, a w przypadku kobiet – o 2,2 roku. Ta niekorzystna zmiana wśród mężczyzn na wsi była mniejsza niż u mieszkańców miast, u których wynosiła 2,5 roku, natomiast u kobiet na wsi była większa niż u mieszkanek miast, u których wynosiła 1,9 roku.

Przyczyny umieralności. Odnosząc się do głównych przyczyn zgonów, należy wykazać, że w 2022 roku mieszkańcy wsi umierali najczęściej z powodu chorób układu krążenia (37,68%) i nowotworów (22,01%). Dla porównania w miastach było to odpowiednio 34,9% i 24,61%. W wyniku pandemii udział tych dwóch różnych przyczyn zgonów uległ zmniejszeniu, gdyż w 2019 roku były one odpowiedzialne za 64% wszystkich zgonów – odpowiednio 61% wśród mężczyzn i 67,4% wśród kobiet. W grupie chorób układu krążenia dominującą przyczyną zgonów są choroby serca, które są odpowiedzialne za 68,4% zgonów, odpowiednio 69,9% i 67,1% u mężczyzn i kobiet. Natomiast choroby naczyń mózgowych odpowiadają za 19,3% zgonów z powodu chorób układu krążenia. Rozkład procentowy wśród mężczyzn i kobiet jest mniej więcej równy. W przypadku zgonów z powodu nowotworów złośliwych najczęstszą przyczyną są nowotwory tchawicy, oskrzeli i płuc, które odpowiadają za 22% zgonów w tej grupie – 26% u mężczyzn i 16,4% u kobiet. Natomiast na drugim miejscu u mężczyzn są nowotwory jelita grubego, odbytnicy i odbytu, a u kobiet nowotwór piersi.

Życie młodszych mieszkańców wsi, mężczyzn w wieku 10–49 lat i kobiet w wieku 10–29 lat jest najbardziej zagrożone przyczynami zewnętrznymi, takimi jak wypadki komunikacyjne, upadki, zatrucia, zatonięcia, samobójstwa, skutki przestępstw. W kolejnych latach życia mężczyzn najbardziej zagrażają choroby układu krążenia i w trochę mniejszym stopniu choroby nowotworowe, natomiast życiu mieszkanek wsi najbardziej zagrażają nowotwory złośliwe ogółem, które dopiero w najstarszym wieku, 70 lat i więcej, ustępują chorobom układu krążenia.

Porównując standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności mieszkańców wsi i miast z powodu głównej grupy przyczyn zgonów, jak również bardziej szczegółowych podgrup, można zauważyć, że są przyczyny, które wyraźniej bardziej zagrażają mieszkańcom terenów wiejskich niż miejskich. U mężczyzn są to przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych, wypadki komunikacyjne, samobójstwa, choroby naczyń mózgowych oraz choroby serca, ale z wyjątkiem zawału serca, oraz zaburzenia psychiczne. U kobiet są to wypadki komunikacyjne, zawał serca, choroby naczyń mózgowych. Trzeba podkreślić, że nadwyżki umieralności mieszkańców wsi występują w większym stopniu u mężczyzn niż u kobiet.

Co do świadczeń opieki zdrowotnej, odnosząc się do najczęstszych przyczyn kontraktu z opieką zdrowotną, przeanalizowano świadczenia zdrowotne realizowane mieszkańcom wiejskim w 2022 roku w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Wskazano 30 najczęstszych problemów zdrowotnych, z którym mieszkańcy wsi zgłaszali się do placówek ochrony zdrowia. Wykluczono rozpoznania z grupy Z, które nie wskazują konkretnego problemu zdrowotnego. Najwięcej osób w 2022 roku miało udzielone świadczenia związane z nadciśnieniem. Następnie wyróżnia się grupę zakażeń górnych grup oddechowych, zapaleń gardła, a także próchnicę zębów. Mieszkańcy wsi często zgłaszali się z problemami z kręgosłupem i bólami brzucha. U dużej liczby mieszkańców wsi były również leczone cukrzyca i niedoczynność tarczycy.

Dostępność usług medycznych i stanu zdrowia mieszkańców obszarów wiejskich. W 2023 r. wskaźnik liczby pacjentów na 10 tys. ludności na obszarach miejskich był o 3,51% większy niż na obszarach wiejskich, W 2019 r. różnica ta wynosiła 1,88%. W przypadku liczby udzielonych świadczeń wartość wskaźnika na 10 tys. ludności w 2023 r. wynosi 112 195,46 na obszarach miejskich oraz 91 502,4 na obszarach wiejskich. Różnica między obszarami miejskimi i wiejskimi wynosiła 22,6%. Grupą wiekową z największą liczbą pacjentów na 10 tys. ludności jest grupa wiekowa 65+, zarówno w obszarze miejskim, jak i w obszarze wiejskim.

W 2023 r. 9977,3 tys. pacjentów w miastach oraz 9657,7 tys. na obszarach wiejskich (różnica 3,3%) miało udzielone co najmniej jedno świadczenie finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W obydwu obszarach najmniej pacjentów przeliczonych na 10 tys. ludności było w grupie 20–64 lata. W przypadku terenów wiejskich w roku 2023 7065 pacjentów w przeliczeniu na 10 tys. ludności miało udzielone co najmniej jedno świadczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Na terenach miejskich wskaźnik ten wynosił 7234. Zatem na obszarach wiejskich liczba pacjentów, która uzyskała co najmniej jedno świadczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, była o 2,4% niższa niż w przypadku terenów miejskich. Różnica między liczbą pacjentów w przeliczeniu na liczbę ludności była w 2023 r. wyższa niż w 2019 r.

W 2023 r. największe różnice w liczbie pacjentów, którzy uzyskali co najmniej jedno świadczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w przeliczeniu na 10 tys. ludności, pomiędzy obszarem wiejskim a miejskim występowały w województwach: świętokrzyskim, opolskim, lubuskim. Wartość wskaźnika dla obszarów wiejskich była o ponad 9% niższa niż dla obszarów miejskich. Z kolei w przypadku województwa mazowieckiego i śląskiego wskaźnik dla obszarów wiejskich był wyższy niż dla obszarów miejskich.

Odnosząc się do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w przypadku terenów wiejskich w 2023 r., 3893 pacjentów w przeliczeniu na 10 tys. ludności miało udzielane co najmniej jedno świadczenie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Na terenach miejskich wartość tego wskaźnika wynosiła 4565. Zatem na obszarach wiejskich liczba pacjentów, która uzyskała co najmniej jedno świadczenie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej była o 17,3 % niższa niż w przypadku terenów miejskich. Różnica między liczbą pacjentów przeliczonych na liczbę ludności była w 2023 r. podobna do wartości w 2019 r. W 2023 r. największe różnice pomiędzy obszarem miejskim a wiejskim w liczbie pacjentów, którzy uzyskali co najmniej jedno świadczenie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w przeliczeniu na 10 tys. ludności, występowały w województwach: łódzkim, podkarpackim, wielkopolskim i lubelskim. Wartość wskaźnika dla obszarów wiejskich była o ponad 20% niższa dla obszarów miejskich. W każdym z województw wskaźnik dla obszarów wiejskich był niższy niż dla obszarów miejskich.

Leczenie szpitalne. W przypadku terenów wiejskich w 2023 r. 1975 pacjentów w przeliczeniu na 10 tys. ludności miało udzielone co najmniej jedno świadczenie w ramach leczenia szpitalnego. Na terenach miejskich wartość tego wskaźnika wynosiła 2193. Zatem na obszarach wiejskich liczba pacjentów, która uzyskała co najmniej jedno świadczenie w ramach leczenia szpitalnego, była o 11% niższa niż w przypadku terenów miejskich. Różnica między liczbą pacjentów w przeliczeniu na liczbę ludności była w 2023 r. wyższa niż w 2019 r. W 2023 r. największe różnice pomiędzy obszarem miejskim a wiejskim w liczbie pacjentów, którzy uzyskali co najmniej jedno świadczenie w ramach leczenia szpitalnego w przeliczeniu na 10 tys. ludności, występowały w województwie łódzkim. Wartość wskaźnika dla obszarów wiejskich była o ponad 15% niższa niż dla obszarów miejskich. W każdym z województw wskaźnik dla obszarów wiejskich był niższy dla obszarów miejskich.

Jeśli chodzi o rehabilitację leczniczą w przypadku terenów wiejskich w 2023 r. 737 pacjentów w przeliczeniu na 10 tys. ludności miało udzielone co najmniej jedno świadczenie w ramach rehabilitacji leczniczej. Na terenach miejskich wartość tego wskaźnika wynosiła 1006. Zatem na obszarach wiejskich liczba pacjentów, która uzyskała co najmniej jedno świadczenie w ramach rehabilitacji leczniczej była o 36,4% niższa niż w przypadku terenów miejskich. Różnica pomiędzy liczbą pacjentów w przeliczeniu na liczbę ludności była w 2023 r. niższa niż w 2019 r. W 2023 r., tak jak mówiłem, 36,4%, a w 2019 r. – 43,4%. W 2023 r. największe różnice pomiędzy obszarem miejskim a wiejskim w liczbie pacjentów, którzy uzyskali co najmniej jedno świadczenie w ramach rehabilitacji leczniczej w przeliczeniu na 10 tys. ludności, występowały w województwie łódzkim. Wartość wskaźnika dla obszarów wiejskich była o ponad 60% niższa niż dla obszarów miejskich. W każdym z województw wskaźnik dla obszarów wiejskich był niższy dla obszarów miejskich.

Jeszcze powiem, skąd dobieramy te dane i jakie są w ogóle uwagi na ten temat. Dane pochodzą z ogólnopolskiego badania chorobowości szpitalnej ogólnej prowadzonego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej od roku 1979. Ogólnie można stwierdzić, że mężczyźni – zarówno pochodzący z miast, jak i wsi – hospitalizowani są częściej niż kobiety. Również mieszkańcy miast ogółem leczeni są częściej niż mieszkańcy wsi i dotyczy to w zasadzie wszystkich analizowanych rozpoznań.

Tutaj mam jeszcze dość ciekawe dane na temat dostępności aptek. Na przestrzeni lat 2011–2021 widać widoczne wzrosty i spadki liczby aptek funkcjonujących na obszarach wiejskich. Zgodnie z danymi GUS w latach 2011– 2017 odnotowano systematyczny wzrost liczby aptek: w 2011 r. – 1872 apteki, a w 2017 r. – 2154 apteki. Od 2018 r. liczba aptek zaczęła się nieznacznie zmniejszać. W 2021 r. na wsiach działało 1920 aptek. Wskaźnik liczby ludności przypadającej na jedną aptekę w podziale terytorialnym był zróżnicowany i wahał się od 5,1 tys. osób w województwie śląskim i 4,2 tys. w jego podregionie częstochowskim do 27,3 tys. w województwie lubuskim i 54 tys. w jego podregionie zielonogórskim.

Proszę państwa, ponieważ w temacie Komisji są również plany… Odnośnie więc do tego, czy planujemy zwiększyć tę dostępność, chciałbym zakomunikować, że w tym tygodniu został zgłoszony projekt wsparcia Podstawowej Opieki Zdrowotnej, nazywany FEnIKS. Jest to projekt na lata 2021–2027, którego beneficjentem jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Jego wartość to 1,25 mld zł, z czego prawie 80% jest finansowane z funduszy europejskich. Pierwszy nabór grantowy jest przewidziany w pierwszym kwartale 2025 r. Przewidziana liczba objętych dofinansowaniem podmiotów POZ to minimum dwa tysiące.

Dotyczy to opieki koordynowanej, która jest nowym produktem w sektorze ochrony zdrowia. Ten projekt zakłada oczywiście rozwój tej opieki zarówno w zakresie kardiologii, diabetologii, pulmonologii, endokrynologii, jak i nefrologii. Natomiast założenia tego projektu zakładają wsparcie inwestycyjne POZ w ramach właśnie tego projektu, który ma na celu przyczynienie się do otwarcia nowych placówek POZ zwłaszcza na obszarach o mniejszej gęstości zaludnienia, w szczególności słabiej rozwiniętych, gdzie dostęp

do lekarza jest zagrożony. Według nas w każdej gminie powinien być zapewniony taki sam – jakościowy i ilościowy – dostęp do lekarza.

W Polsce liczna placówek POZ na wsi w 2022 r. wynosiła 2688. Obszary słabiej rozwinięte posiadają też uboższy dostęp do komunikacji publicznej, a co za tym idzie dotarcie do specjalisty, wykonanie szeregu badań, wiązać może się z utrudnioną logistyką. Dlatego też projektowany projekt pozwoli na zwiększenie dostępności i efektywności systemu opieki zdrowotnej oraz przyczyni się do niwelowania różnic regionalnych w dostępności do usług zdrowotnych. Na realizacji projektu skorzystają pacjenci zamieszkujący tereny o mniejszej gęstości zaludnienia. Projekt będzie premiował podmioty posiadające miejsce udzielenia świadczeń na obszarach z ograniczeniem dostępu do POZ lub na terenach będących tak zwanymi białymi plamami, zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych. Dodatkowo dzięki projektowi skorzystają pacjenci, którzy zamieszkują obszary wiejskie poza granicami administracyjnymi miast oraz gminy miejsko-wiejskie, dla których gęstość zaludnienia nie przekracza 50 mieszkańców na kilometr kwadratowy. Pozwoli to na zwiększenie dostępności do systemu opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie liczby placówek POZ i rozszerzenie katalogu świadczeń udzielanych w tych podmiotach.

Podczas realizacji tego projektu zastosowane zostaną preferencje dla podmiotów działających na obszarach zagrożonych utratą lub ograniczeniem dostępu do słabiej rozwiniętych gospodarczo terenów wiejskich. Inwestycje będą miały na celu przede wszystkim zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej przez wzmocnienie POZ, badań profilaktycznych, leczniczych, opieki domowej i środowiskowej, wzmocnienie funkcji diagnostycznych na poziomie POZ, a także utrzymanie POZ na obszarach o mniejszej gęstości zaludnienia.

Tak że jest to projekt, który, jak sądzę, zdecydowanie wychodzi na przeciw również tematyce dzisiejszego posiedzenia Komisji. Myślę, że ze względu na naturalną specyfikę tego, że większość świadczeń zdrowotnych na terenach wiejskich jest oparta na POZ, naturalne jest to, że sieć poradni powinna być rozwijana i bliżej pacjenta. Natomiast jeżeli chodzi o sieć szpitali, to jest to w pewnym sensie istotne, aczkolwiek to już dotyczy zarówno miast, jak i obszarów wiejskich. Należy oczywiście uwzględniać pewną specyfikę, na przykład odległości od szpitali, aby zapewnić opiekę w różnych zakresach świadczeń, stosownie do pewnych zmienności, które zależą od tego, gdzie dana miejscowość leży, czy jest to miejscowość turystyczna, czy jest to miejscowość, która okresowo miewa dużo większe zapotrzebowanie na świadczenia i wtedy te szpitale działają, powiedzmy, nie tak równo przez cały rok. Ale to jest już organizacja całego systemu opieki zdrowotnej, która musi uwzględniać już bardzo dużo czynników, a nie tylko to, czy jest to obszar miejski i wiejski. Tak że jeżeli chodzi o materiały, które mogłem dzisiaj przedstawić, to tyle, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Bardzo dziękuję, panie ministrze.

Otwieram dyskusję. Pierwsza pani poseł Małgorzata Gromadzka, później pani poseł Alicja Chybicka.

Poseł Małgorzata Gromadzka (KO):

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, przede wszystkim jeżeli obserwujemy trend na obszarach wiejskich, trzeba zwrócić uwagę na przychodnie zdrowia, gdzie jest ewidentny brak lekarzy. Nie tylko specjalistów, ale i lekarzy medycyny rodzinnej. Szanowni państwo, nikt nie chce pracować w małych POZ. Spotykam się na co dzień z lekarzami, bo mam ich też w rodzinie, moja siostra pracuje w przychodni zdrowia, i oni alarmują, mówią o tym, że nie ma lekarzy i niebawem te przychodnie, które teraz funkcjonują, mogą być zamknięte ze względu na to, że średnia wieku lekarza to jest powyżej 50 roku życia. To są już lekarze w wieku emerytalnym, gdzie ich wydolność jest coraz mniejsza, a pacjentów przybywa, bo wiemy, że i chorób pacjentów przybywa, i pacjentów przybywa.

I tyczy się to nie tylko obszarów wiejskich, bo tutaj też poruszaliśmy temat, że pacjenci z wiosek przyjeżdżają do miast powiatowych – w sprawie leczenia albo zapisują się do przychodni zdrowia. I tam jest podobny trend. Proszą, czasami błagają. Bra-

kuje lekarzy pediatrów, bo żeby otworzyć POZ, trzeba mieć lekarza pediatrę. I powiem państwu szczerze, że bardzo wiele przychodni alarmowało, bo groziło im zamknięcie ze względu na to, że nie mieli lekarza pediatry i uprosili tego lekarza na kilka godzin tygodniowo, żeby tam przyjechał i chociaż zrobił dzieciom bilans. Czyli jest to problem bardzo poważny i do tego narastający. Należałoby więc tutaj pomyśleć, może też porozmawiać na ten temat z Ministerstwem Zdrowia, dlaczego brakuje tych lekarzy, co należałoby zrobić, żeby tych lekarzy było więcej?

Druga sprawa. Jeżeli mówimy o lekarzach specjalistach – bo to przede wszystkim w tych przychodniach zdrowia brakuje sprzętu, ponieważ przychodnie zdrowia funkcjonujące na rynku są słabo doposażone – może wypadałoby pomyśleć też o rozwoju tych istniejących POZ, bo biorąc pod uwagę to, czego ja słucham jeżeli chodzi o lekarzy, o pacjentów, to naprawdę będzie to poważny problem.

Kolejne moje pytanie będzie dotyczyło składek zdrowotnych. Jeżeli mówimy tutaj o KRUS, o stażu składkowym kobiet na wsi – kobieta, żeby starać się o prawa emerytalne musi mieć 25-letni staż składkowy, natomiast w ZUS jest 20-letni. Kobiety zgłaszają mi wątpliwości, dlaczego jest taka dysproporcja między ZUS a KRUS i z czego to wynika? Kobiety na wsi również ciężko pracują i po tym 20-letnim stażu pracy powinny być upoważnione do przejścia na emeryturę. Dlatego też moje pytanie o to, z czego wynika ta dysproporcja? I być może należałoby się nad tym tematem pochylić, bo z punktu widzenia kobiet, które naprawdę na wsi ciężko pracują, bo to są prace polowe, jest to praca fizyczna, należałoby to uwzględnić, bo takie głosy jako do posła do mnie stale napływają, kobiety czują ten brak równowagi między ZUS a KRUS. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję. Pani poseł Alicja Chybicka.

Poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Szanowni państwo, jak państwo wiecie, jestem lekarzem i moja obecność w Komisji Zdrowia, właściwie moje główne zainteresowanie, to jest kwestia ochrony zdrowia rolników i ich rodzin. I to w szerokim tego słowa znaczeniu, począwszy od momentu, kiedy dziecko przychodzi na świat, czyli tego, gdzie kobieta ma urodzić, jakie będzie miała warunki, jak daleko będzie musiała dojechać. I to, co dzisiaj zostało powiedziane przez pana wiceministra Koniecznego, nie daje odpowiedzi na wszystkie pytania, które rodzą mi się w głowie w odniesieniu do opieki zdrowotnej nad populacją mieszkającą na wsi.

Generalnie przeczytałam raport z 2020 roku, który jest alarmujący. Dostępność do opieki w obszarach wiejskich jest po prostu beznadziejna. Mam też rodzinę na wsi, więc mam doniesienia na co dzień i jak cokolwiek się dzieje, to właściwie nie wiadomo, gdzie i jak szukać pomocy, bo blisko nie ma niczego. I tu jest pytanie do ministra Koniecznego, które już mu zadałam, kiedy siedział koło mnie. Po pierwsze – ile szpitali w Polsce jest zlokalizowanych na wsi i ile jest w odstępie 20 kilometrów od wiosek? To nie jest łatwe zadanie, ale to trzeba wiedzieć, bo rolnik, który mieszka na wsi, chce mieć całą swoją rodzinę zdrową. Ile wsi ma podobną – czyli 20-kilometrową – odległość od POZ? W ilu wsiach w ogóle nie ma POZ, albo w ogóle nie ma lekarza? Bo są takie i to niestety również w województwie dolnośląskim. Ile wsi ma daleko, czyli też powyżej 20 kilometrów, do apteki?

I teraz, jadąc po kolei. Wydaje mi się, że powinniśmy – o ile prezydium Komisji Rolnictwa i Rozwoju Wsi się na to zgodzi – podzielić tematykę dotyczącą opieki zdrowotnej nad populacją wiejską i nad rodzinami rolników na tematy właśnie takie, dotyczące zdrowia kobiet i prokreacji, możliwości odbycia porodu ze znieczuleniem, w dobrych warunkach i blisko, żeby dojechać, żeby to się nie stało w samochodzie albo w karetce.

I bardzo ważne pytanie do pana ministra, bo zapomniałam dodać. Do mnie wielokrotnie piszą ludzie z terenów wiejskich, że na przyjazd karetki czeka się godzinami. I teraz, czy to jest dziwne, że jest taka liczba… To pan minister powiedział, że umieralność na choroby krążenia, czytaj zawały, jest na wsiach dużo większa niż w miastach. Właśnie dlatego, że tam trzeba założyć stent w ciągu czterech godzin, a zatem nie ma możliwo-

ści tego, żeby czekać na tę karetkę. Panie ministrze, jaka jest dostępność do karetek? Dobrym posunięciem był zakup czerwonych karetek dla Straży Pożarnej, bo te czerwone karetki, gdzie często strażak ma wykształcenie ratownika, niosą tę pomoc.

Temat, który trzeba oddzielnie opracować, to jest możliwość przyjścia dziecka na świat, zdrowej ciąży, tego, kto się zajmuje tymi kobietami. Druga rzecz, która najbardziej mnie dotyczy, bo ja całe swoje 50-letnie życie zawodowe spędziłam przy dzieciach. I muszę powiedzieć, że dzieci na wsiach mają opóźnione rozpoznania we wszystkim, mimo że rodzice kochają te dzieci i bardzo się starają. Bo to, co pan minister powiedział, dostępność do lekarza – już nie mówię o lekarzu specjaliście – jest trudna. My w onkologii dziecięcej tak to ułożyliśmy, że do nas może zgłosić się każdy, nawet bez tego „szlaku lekarza", nie potrzeba żadnego skierowania. Ale też nie wszyscy to wiedzą, więc potrzebna jest edukacja na wsi dla wszystkich ludzi.

I my, jako Komisja, możemy to zrobić, objechać Polskę. Byłam w 12 województwach, oczywiście wszędzie skierowana byłam do szpitali. Ani jeden nie był blisko, wszystko było naprawdę daleko i w większych miastach, powiatowych lub dużych. Dzieci trzeba objąć opieką, najważniejsza u nich jest profilaktyka. Jeżeli jest tak, jak pani poseł powiedziała, że nie ma kto bilansu zrobić, no to to jest totalna katastrofa. Nie wiem, może musimy zrobić akcję, bo zanim Ministerstwo Zdrowia ogarnie to wszystko, żeby to było dostępne na co dzień… W województwie dolnośląskim robiłam bardzo wiele takich akcji profilaktycznych, gdzie do jednej wsi po drugiej pojedzie autobus USG z internistą i pediatrą i przynajmniej zrobi ogląd tych dzieci, bo to chyba naprawdę nie jest zrobione. Może wyjściem byłoby zatrudnienie lekarzy w szkołach wiejskich? Tylko że nie ma ich nawet w miejskich. To wszystko jeśli chodzi o populację wieku rozwojowego, która jest przyszłością rolnictwa, bo przyszłością rolników zawsze jest szansa, że dziecko zostanie na tej wsi.

Wreszcie populacja, która pracuje, chodzi o rolników w pracy. To też kolejny temat, który trzeba dać na oddzielne posiedzenie. Dlatego miałam nadzieję, że może powstanie podzespół tego typu, ażeby zrobić te tematy po kolei. Bo rolnik musi mieć siłę dużo większą niż my, siedząc i pracując na przykład chociażby tutaj. On potrzebuje siły fizycznej, psychicznej, czyli pełni zdrowia. I jak już nie może zapewne chodzić i się przewraca, to udaje się gdzieś daleko do lekarza. To jest ostatnia rzecz którą zrobi. A tak nie powinno być. Oni też potrzebują tego wsparcia na co dzień i potrzebna jest poprawa tej sytuacji.

I kolejny temat, zupełnie oddzielny, to są seniorzy na wsi. To już jest totalna tragedia, bo to jest grupa, która ma wielochorobowość, która powinna być prowadzona przez geriatrów. Tu, panie ministrze, pytanie – jaka jest dostępność do geriatrów? Zadaję je ogólnie, bo mniej więcej znam odpowiedź – że jest beznadziejna. O ile łatwo jest zrobić klubik dla seniorów – i to się robi w niektórych wsiach, co jest bardzo dobrym posunięciem – to nie słyszałam o akcjach dla seniorów, które pozwoliłyby im… To musieliby zrobić geriatrzy albo trzeba byłoby sprowadzić geriatrę do danej wsi tak jak kursują mammobusy, jak kursują samochody do pobierania krwi.

Tych problemów jest naprawdę bardzo dużo. Dobrostan zdrowotny rolników i ich rodzin jest dla mnie bardzo ważny, tak jak zresztą w ogóle zdrowie populacji polskiej, przy której, ogólnie rzecz biorąc, jest bardzo wiele do zrobienia.

Panie ministrze, ja poproszę o te odpowiedzi na piśmie. I bardzo dobrze, że powstał program, ale – jak sam pan powiedział – dopiero będzie przyjmowanie do programu. Ale, panie ministrze, kto ma się zgłosić na wsi, jak tam nie ma żadnego lekarza? Ministerstwo Zdrowia powinno przygotować program, w którym odgórnie przeprowadzi się dystrybucję lekarzy na terenach wiejskich. I to się da zrobić. Jak się da zrobić? Na hetkę jakąś. Tak jak niektóre powiaty i starostwa dają stypendia dla lekarzy w czasie studiów, którzy muszą potem przyjechać i odpracować. Ja nie słyszałam, żeby taka propozycja na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu chociaż raz padła ze wsi. Ani razu. A chyba jest taka możliwość albo to musi zrobić Ministerstwo Zdrowia, albo być może na danych terenach trzeba coś takiego zrobić, żeby lekarzy ściągnąć.

Bo prawdą jest, że lekarze chcą siedzieć w klinikach, w dużych szpitalach, nie chcą jechać na wieś. Ale może gdyby – i to też trzeba oddzielne posiedzenie zrobić na temat sytuacji personelu medycznego na wsiach – ściągnąć po studiach parę lekarzy, gdzie

jeden będzie się kształcił w czymś, a drugi w czymś, dać im mieszkanie, dać im miejsce, w których będą przyjmować jako POZ… Pieniądze widzę są, tylko teraz ci lekarze niczego nie napiszą, bo studiują. A namówienie lekarzy z miasta, żeby się przenieśli na wieś, to jest bardzo trudna rzecz. Najłatwiej wziąć studiujących lekarzy, muszą być jakieś „marchewki", żeby wyjechali na wieś zamiast wyjeżdżać za granicę, co mnie osobiście trochę denerwuje, bo mogę powiedzieć, że ci z Przylądka Nadziei kierują klinikami w Oslo, pojechali do Anglii, do Stanów, wszędzie są na wysokich stanowiskach, ale jeżeli my wpuszczamy takich ludzi, to to jest strata dla Polski.

Do zrobienia jest mnóstwo rzeczy, mogłabym mówić na ten temat pół dnia albo i więcej, bo sobie powypisywałam z tych raportów… Jest niedobrze. O stylu życia rolników i ich rodzin już nawet nie wspomnę. Ja nie wiem, czy oni w ogóle wiedzą jak wyglądają pola zdrowotne Lalonde'a i jak powinno wyglądać życie rolnika pod względem zdrowotnym, co on może zrobić. Mają fajnie, bo to, co jest dobre na wsi, to jest to, że w momencie, kiedy nie palą w piecach węglem tylko czymś innym, to nie zrzucają na siebie pyłu zawieszonego PM2,5 czy PM10 i innych rzeczy. A już wyjście do lasu czy na pole – aczkolwiek teraz rolnicy zgłaszają, że lasy są przetrzebione w niektórych okolicach…

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Pani poseł, już nie rozszerzajmy tematu.

Poseł Alicja Chybicka (KO):

Bardzo dziękuję. Przepraszam, że tak długo mówiłam, ale, jak mówię, to jest powód, dla którego ja jestem w Komisji Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję. Teraz pani poseł Fryderyk Sylwester Kapinos.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Szanowny panie przewodniczący, panowie ministrowie, Wysoka Komisjo, w ostatnich ośmiu latach, jeżeli chodzi o ochronę zdrowia, bardzo dużo zostało zrobione, ponieważ nakłady z 77 mld zł w 2015 r. wzrosły do 170–180 mld zł w tamtym roku, ale na ten rok nakłady na ochronę zdrowia to ok. 190 mld zł. Wzrost jest bardzo duży, bardzo dużo się zrobiło, powstało bardzo dużo kierunków lekarskich, ale nadal jest bardzo dużo do zrobienia.

Pani mówiła tutaj o karetkach, ale w moim powiecie mieleckim większość karetek zostało wymienionych na nowe, więc ministerstwo bardzo dużo zrobiło jeżeli chodzi o te wszystkie działania. Jest jeszcze dużo do zrobienia. Na terenach wiejskich dostępność do specjalistów jest – tak jak pan minister Konieczny przedstawiał – słaba, o 20% niższa niż na terenach miejskich. Ale popatrzmy też na regionalną dostępność do lekarzy – w Mazowieckiem na 100 tys. mieszkańców jest 577 pracujących lekarzy, a u mnie na Podkarpaciu jest 292 lekarzy, czyli o połowę mniej. Jeszcze gorzej jest w Warmińsko-Mazurskiem, Opolskiem, Lubuskiem, bo tam jest po 260 lekarzy na 100 tys. mieszkańców. Jest więc bardzo dużo do zrobienia w regionach, ponieważ mamy dwukrotnie mniej lekarzy na 100 tys. mieszkańców na Podkarpaciu.

I co Ministerstwo Zdrowia zamierza – bo pan powiedział, że „powinno się" – jeżeli chodzi o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną? Oczywiście jest FEnIKS, ale on trafi do Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Jeżeli chodzi o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, myśmy jako rząd Prawa i Sprawiedliwości sprawili, że ona była i jest nielimitowana, ale tych specjalistów brakuje. Co rząd, co ministerstwo zrobi, żeby ta dostępność do specjalisty na wsi była na wsi zdecydowanie poprawiona, żeby chociaż zbliżała się do tych terenów miejskich? Wiemy, że w mieście też brakuje specjalistów, ale na terenach wiejskich jest jeszcze – jak to pan minister przedstawiał – o 20% gorzej.

Następna sprawa to jest sprawa rehabilitacji. Rolnicy też mają do niej prawo, a dojazd 30-40 kilometrów do ośrodka rehabilitacji oznacza pewne niedogodności i nie każdy, zwłaszcza osoba starsza, senior, ma możliwość dojechać, przesiąść się, na pewno ta dostępność w miastach jest lepsza. Więc co ministerstwo zamierza zrobić, żeby ta dostępność do lekarzy specjalistów, jak również do rehabilitacji, była zdecydowanie polepszona? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję. Pan poseł Marek Chmielewski.

Poseł Marek Jan Chmielewski (KO):

Panie przewodniczący, panowie ministrowie, Wysoka Komisjo, czasami podchodząc do tematu obszarów wiejskich, trzeba spojrzeć na duże ich zróżnicowanie. Ja reprezentuję Dolny Śląsk, mieszkam wokół Dzierżoniowa i proszę sobie wyobrazić, że miasto Dzierżoniów, które ma 20 kilometrów kwadratowych, obok jest kolejne miasto Bielawa, po 30 tys. mieszkańców każde z nich, powiat liczy 100 tys. mieszkańców, a my, jak i wiele gmin wiejskich, otaczamy ten teren i na naszym terenie, na terenach wiejskich praktycznie nie ma Podstawowej Opieki Zdrowotnej, ponieważ żaden z lekarzy nie chce otwierać na naszym terenie gabinetu, mimo że dawaliśmy im pomieszczenia za darmo, tylko za koszty bieżącego utrzymania.

I to jest problem, o którym należy pamiętać. Ale jaki z tego powinien być wniosek? Kieruję to do pana ministra i proszę o przemyślenie tematu jeśli chodzi o te środki unijne, które pojawią się w kolejnym roku w pierwszym kwartale. Bardzo się z tego cieszymy, ale chciałbym zwrócić uwagę, że należałoby objąć jakimś algorytmem właśnie te ośrodki, które znajdują się na terenach miejskich, a świadczą usługi dla obszarów wiejskich – przecież mamy dane, na podstawie których możemy to wyciągnąć – po to, żeby nie zostały pominięte. Dlaczego o tym mówię? Bo Starostwo Powiatowe w Dzierżoniowie jest właścicielem szpitala, który jeżeli w ciągu pięciu najbliższych lat nie zostanie zmodernizowany i dostosowany do nowych wymagań, które zostały nałożone na szpitale – a zarówno on, jak i filia w Bielawie mieści się w starych budynkach, w których nie da się zmodernizować szpitali i musimy je rozbudować o pełne skrzydło – to cały stutysięczny, mocno zaglomeryzowany powiat zostanie pozbawiony jakiejkolwiek opieki publicznej na terenie.

A wydawać by się mogło, że Dolny Śląsk może stać dobrze, bo jest to mocno zurbanizowany teren z dużą dostępnością i tak dalej. A co najgorsze jest w tym wszystkim? Dostałem ostatnio od mieszkańców i od lekarzy informację, że kiedy w sąsiednich szpitalach pojawiają się mieszkańcy naszego powiatu po to, żeby zasięgnąć porady, pomocy i tak dalej, słyszą – cytuję: „jedźcie do swoich, tutaj dla was miejsca nie ma".

Proszę państwa, jeżeli tak będzie miało to wyglądać…Pani profesor dużo powiedziała o obszarach wiejskich – i wiem, jak wyglądają obszary wiejskie w całej Polsce, bo sporo podróżowałem i wiem, jakie są odległości, trudności z dostępem do aptek i tak dalej. U nas na szczęście jest bliżej, bo jedziemy do tego miasta, ale może się okazać, że w tym mieście niedługo zabraknie podstawowego zakładu i wtedy będzie duży problem. Apeluję do pana ministra, żeby takie tematy traktować bardzo indywidualnie, a nie tylko sztampowo, bo później okaże się, że ktoś nie może być beneficjentem, bo ma zapisane takie a nie inne miejsce położenia. A to, że on świadczy usługę na rzecz obszarów wiejskich, to o tym się w tym momencie będzie zapominało. Więc bardzo proszę o takie potraktowanie tematu, aby uwzględnić to w rozdziale kolejnych środków, biorąc pod uwagę współczynnik obsługi obszarów wiejskich przy okazji tych jednostek, które świadczą usługę, kiedy w promieniu 20–30 kilometrów na obszarach wiejskich po prostu nie ma żadnych jednostek.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję. Teraz pan poseł Krzysztof Ciecióra. Proszę, panie pośle.

Poseł Krzysztof Ciecióra (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący.

Wysoka Komisjo, rzeczywiście problem opieki medycznej, lekarskiej na obszarach wiejskich będzie problemem, z którym będziemy się borykać przez najbliższy czas, bo na pewno nie uda się rozwiązać tej sprawy jedną ustawą, jedną inicjatywą, jednym rozwiązaniem. Takiego chyba nie ma. Natomiast praprzyczyną, powodem, przez który ten problem występuje i będzie występował, jest radykalnie mała liczba lekarzy w Polsce. W 2015 roku, kiedy obejmowaliśmy rządy, 1 października 2015 roku studia lekarskie rozpoczynało około 2800 studentów. To był absolutny dramat i podjęliśmy wtedy działania, aby rozbudować sieć kształcenia lekarzy. I 1 października 2023 roku studia

lekarskie rozpoczynało w Polsce około 12 tys. studentów. Jest to oczywiście radykalna zmiana na plus, natomiast zanim ci studenci wejdą na rynek, zanim kolejne roczniki do nich dołączą i uzupełnią te braki, to potrzebujemy niestety myślę, że kilkunastu lat, bo jesteśmy bardzo zapóźnieni w tym zakresie.

Tutaj moja prośba i sugestia do Ministerstwa Zdrowia, aby rozwijać to kształcenie lekarskie, aby tego trendu nie zmieniać i te zapowiedzi, które są bardzo niepokojące, o zamykaniu uczelni, które prowadzą kształcenie lekarskie – żeby ich bez podstawy nie realizować, bo jeśli są podstawy, to oczywiście, każda uczelnia jest indywidualną sytuacją. Natomiast pamiętam, bo byłem zaangażowany w tworzenie kierunku lekarskiego na jednej z uczelni publicznych, na jednym z uniwersytetów, i pamiętam jak samo środowisko lekarskie blokowało to i utrudniało, szukało sposobów, by uniemożliwić stworzenie takiego kierunku, więc wiem, że to jest bardzo skomplikowany proces.

Odnosząc się do problemów już stricte związanych z tu i teraz, nie mam najmniejszych wątpliwości, że system funkcjonowania tych POZ w mniejszych miejscowościach musi być zmieniony. Kryteria uruchomienia i prowadzenia POZ muszą być chyba w jakiś sposób zmienione, tak aby… Nie chcę mówić, że obniżone, bo zawsze chodzi o wysoką jakość, natomiast w tym momencie mamy sytuację, w której w tych obszarach lekarzy brakuje, nie ma ich i w najbliższym czasie nie będzie. Ja mam taką sytuację w Przedborzu w powiecie radomszczańskim – jest to miejscowość oddalona o jakieś 35 km od miasta powiatowego, miejscowość z dużą liczbą osób starszych, potrzebujących. I tam próby uruchomienia POZ się nie powiodły – również ze względu na dosyć wysokie wymagania administracyjne, formalne, również pewne kryteria związane z doborem kadry. Myślę, że tutaj nad tym należałoby się pochylić i uelastycznić, urealnić te kryteria, te zasady funkcjonowania i tworzenia POZ, zwłaszcza w małych miejscowościach, w których ta pomoc dociera do specyficznej grupy odbiorców. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję. Teraz pani poseł Katarzyna Sójka. Proszę, pani poseł.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję.

Panie przewodniczący, panie ministrze, Szanowna Komisjo, jeżeli chodzi o POZ i ich funkcjonowanie, to problem jest bardzo zróżnicowany. On inaczej wygląda w mieście, na wsi, ale również inaczej wygląda w mieście między różnymi ośrodkami, a na wsi jest tak samo. Są ośrodki w mieście, gdzie na wizytę lekarską z jakąkolwiek dolegliwością – co dla mnie jest bardzo często zaskakujące – trzeba się zapisać i ta wizyta nie odbywa się w tym samym dniu, tylko za dzień, dwa, trzy, a nawet jeszcze później.

Ja pracuję w małym POZ, w małej gminie około 5 tys. mieszkańców. Sam POZ też ma zapisanych około 4–5 tys. pacjentów. Pracuję w małym POZ, ale kiedy pacjenci do niego przyjdą, to mają w zasadzie wizytę od ręki. No może czekają w kolejce, kiedy jest więcej pacjentów, ale poradę i badanie medyczne otrzymują w POZ w tym samym dniu. Wiem, że w mieście jest inaczej, dlatego żeby w ogóle mówić o tym problemie, to trzeba zrozumieć, że jest zróżnicowany. Ale na przykład jest też tak, że mamy POZ sześć kilometrów dalej, gdzie rzeczywiście te zapisy, szczególnie do pediatry, nie zawsze są od ręki, tylko czasami na któryś kolejny dzień.

Trudno do końca powiedzieć, że na wsi jest źle, a w mieście jest lepiej. Wcale nieprawda. W mieście jest więcej pacjentów, w mieście też jest o wiele inaczej, bo pacjent jest bardziej anonimowy. Wielkim plusem każdego POZ na wsi czy w mniejszej miejscowości jest to, że pacjent jest znany, jego rodzina jest znana, lekarz w zasadzie swoich pacjentów zna i jeżeli dłużej pracuje w tym POZ, to gdzieś z tyłu głowy ma ich rodzinną historię chorobową. Więc to jest zróżnicowane.

A co jest problemem? Przede wszystkim dostępność lekarzy. My za czasów swojego rządu – tak jak tutaj pan poseł Cieciór powiedział – zwiększyliśmy liczbę studentów i rzeczywiście podwoiliśmy ją od czasu 2015, 2016 roku, więcej studentów zaczęło studiować medycynę. Oczywiście żeby lekarz był lekarzem z pełnym prawem wykonywania zawodu to jest sześć lat studiów, rok stażu. Ale kształcimy się, robimy specjalizację, która trwa średnio od czterech, nawet do siedmiu, ośmiu czy dziesięciu lat w zależności

od trybu. Tak że to trwa, żeby mieć takiego lekarza ze specjalizacją – choć nie tylko tacy muszą w POZ pracować.

Więc co my zrobiliśmy? Po pierwsze – zwiększyliśmy znacząco liczbę studentów, którzy dzisiaj studiują kierunki lekarskie. Po drugie – zwiększyliśmy liczbę miejsc specjalizacyjnych, co też, myślę, jest niezwykle istotne. Pamiętam jak trudno było mi się dostać w 2012/2013 roku na specjalizację i wiem, jak dzisiaj jest to dostępne. Oczywiście liczbą specjalizacji możemy trochę modyfikować i ukierunkowywać lekarzy, żeby wybierali te mniej popularne, za to bardziej potrzebne specjalizacje, aczkolwiek ostatecznie i tak ich nie zmusimy, bo dzisiaj jest trochę inny trend, jest inne pokolenie lekarzy.

Jak mi się wydaje, lekarze chcą mniej pracować, więcej zarabiać i na pewno zarabiają więcej. Jestem lekarzem, obserwuję i uważam, że lekarze w Polsce zarabiają bardzo dobrze. Mam już również pierwsze informacje, że jest coraz więcej pielęgniarek, które chcą powrócić do zawodu, bo dzisiaj pielęgniarki również zarabiają całkiem nieźle, są to dobre pieniądze i mówię tu tylko o etacie, a nie o nadgodzinach. Uważam, że pewną wartością dodaną jest to, że lekarz czy pielęgniarka mogą drobić całkiem dobre pieniądze swoimi nadgodzinami, nawet w innych ośrodkach. To jest czasem taka druga pensja. Także to są plusy.

Jednym z głównych czynników, które trzeba uwzględnić, jest zwiększenie liczby lekarzy, co my też czyniliśmy. Niestety jest to dość mocno krytykowane przez obecną koalicję rządzącą. Zwiększyliśmy liczbę miejsc, gdzie można studiować kierunki lekarskie. Koalicja obecnie rządząca ma pewne wątpliwości co do tych kierunków, ale zajęła stanowisko takie, żeby krytykować wszystko i za wszelką cenę, co uważam za bardzo niesłuszny kierunek.

My zwiększyliśmy i wprowadziliśmy w ubiegłym roku standardy jakości kształcenia. I te standardy obowiązują nie tylko na nowopowstałych kierunkach lekarskich, ale również na kierunkach od dawna funkcjonujących na znanych uniwersytetach medycznych w dużych miastach. I takim przykładem nowopowstałej szkoły jest szkoła w Kaliszu. Bardzo się cieszę, że na Uniwersytecie Kaliskim powstał kierunek lekarski, bo widzę w takim kierunku szansę – i myślę, że wszyscy to zauważymy – właśnie dla ośrodków wiejskich. Ponieważ jeśli młody człowiek ma jechać studiować do Poznania – powiem na swoim przykładzie, bo tam studiowałam – 140 kilometrów… Dochodzi utrzymanie w Poznaniu – no nie będziemy mieć akademików za złotówkę i nie będziemy mieć tego tysiąca dla studentów, to już wiemy, a dzisiaj utrzymanie się w dużym mieście jest pewnym kosztem. A jeżeli studenci są z małej miejscowości i mieliby dojechać codziennie 30 kilometrów, żeby studiować na kierunku lekarskim, to po pierwsze, jest to dla nich mniejszy koszt kształcenia się, a po drugie, jest większa szansa, że jakaś część tych przyszłych lekarzy jednak zwiąże się ze środowiskiem swoim, z którego pochodzi, ze środowiskiem wiejskim i nie założy rodziny w Poznaniu, Warszawie, Krakowie, nie będzie tam chciało zostać, tylko zostanie w swojej mniejszej miejscowości i tam będzie świadczyć usługi.

Widzę i upatruję bardzo dużą szansę właśnie dla tych nowopowstałych kierunków, które – mam nadzieję, że przy współudziale szpitali powiatowych, mniejszych szpitali czy szpitali wojewódzkich tak jak w Kaliszu – będą miały szansę bardzo dobrze wykształcić kadrę medyczną, bo nie jest żadną tajemnicą, że grupy studentów podczas studiowania w wielkich miastach trafiają do klinik, gdzie nie zawsze jest taka moc przerobowa, żeby te zajęcia odbywały się w grupach liczących odpowiednią liczbę osób i były jednocześnie super zajęciami.

Tutaj pan poseł powiedział o szpitalu, ja tylko chciałam się dopytać – szpital, jak rozumiem, powiatowy?

Poseł Marek Jan Chmielewski (KO):

Tak, powiatowy.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS):

Dokładnie, więc jeżeli są jakieś problemy… Myślę, że rzeczy, które ustalone są odgórnie, systemowo, to jest jedno, a druga rzecz to jest zarządzanie szpitalem. Ja w swoim powiecie również mam szpital, a pracuję w drugim szpitalu po sąsiedzku i uważam, że kwestie zarządzania tymi szpitalami – oba są powiatowe – to są dwie różne rzeczy. Często trzeba

się przyjrzeć temu, kto i w jaki sposób zarządza, oceniać to. Szpitale mają obowiązek sprostać pewnym zadaniom i zmianom, które cały czas w ochronie zdrowia aktualizują się na bieżąco.

Oczywiście zwiększyliśmy liczbę karetek. Pani poseł wspominała o opiece, o bilansach i tak dalej. Wiem też, że państwo obiecaliście w 100 konkretach opiekę dentystyczną w każdej szkole, więc myślę, że widzicie potencjał na to, że to się w najbliższym czasie wydarzy. Bardzo by było dobrze. A skoro opieka dentystyczna, to przy okazji pewnie bilans również, państwo wiecie, co obiecujecie, więc zapewne zdajecie sobie sprawę z możliwości. To było powiedziane z pewną dozą smutku, żalu i żartu, bo dobrze wiemy, że jest również problem z kadrą dentystyczną i z tym, by dentyści chcieli pracować w małych ośrodkach wiejskich.

Ale jeszcze jedna rzecz, którą chciałam powiedzieć. Co do ośrodków wiejskich POZ – a w takim pracuję – trzeba podkreślić, co się ostatnio dobrego wydarzyło. To chociażby opieka koordynowana…

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bardzo ważna.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS):

Powoduje to, że lekarz POZ może kierować do specjalisty: endokrynologa, kardiologa. Wczoraj czy przedwczoraj słyszałam, jak pani minister Izabela Leszczyna wspominała, że chcą, że ministerstwo chce poszerzyć ten pakiet o jakąś funkcję onkologiczną. Myślę, że to jest dobry kierunek, bo bardzo skraca wizytę u tych specjalistów w danych przypadkach – oczywiście lekarz POZ musi pewne rzeczy rozpoznać i pokierować. To więc na pewno jest pewne przyspieszenie i u mnie, w moim POZ, to funkcjonuje, więc myślę, że funkcjonuje też w POZ wiejskich.

To również program Profilaktyka 40 PLUS, z którego pacjenci świetnie korzystają. To Program ChUK, czyli program profilaktyki i oceny badań przesiewowych w chorobach układu krążenia. On również funkcjonuje, aż się ostatnio zdziwiłam, bo miałam podczas mojego pobytu wizytę 25 pacjentów, z czego połowa była już z bilansem z tego Programu ChUK, można było ocenić te zmiany.

Pani profesor, myślę że styl życia rolników bardzo się zmienił. Nie wiem, czy dawno była pani na wsi, ja pochodzę ze wsi, mieszkam na wsi, znam wielu rolników i myślę, że ich styl życia całkiem się zmienił. Te przetrzebione lasy… Mieszkam pod lasem, zawsze mieszkałam w lesie, to się po prostu nazywa gospodarka leśna. To nie są przetrzebione lasy, tylko to jest gospodarka leśna racjonalnie prowadzona po to, żeby korzystać dzisiaj z drewna, a za jakiś czas móc mieć kolejne drzewa po to, żeby z nich korzystać. Chyba nawet siedzimy na drewnianych krzesłach przy drewnianych stołach, to wszystko jest potrzebne.

Myślę więc, że aby sprostać tym wszystkim problemom, to jednym z głównych czynników jest dalszy wzrost kadry medycznej i zainteresowanie jej tym, by zostali w mniejszych ośrodkach, gdzie tak naprawdę, jeżeli chodzi o kwestię zarobków – bo często właśnie finanse są kluczowym elementem – jest naprawdę nieźle. Ja pracuję jako lekarz POZ, wiem, jak się zarabia, a wcale nie zarabiam najwięcej. Co więcej, małe ośrodki, małe szpitale niestety muszą zachęcać lekarzy wyższymi kwotami do świadczenia u nich usług. I to się dzieje.

Przykładem jest na przykład to, że szpital w Ostrzeszowie zatrudnia lekarzy, którzy przyjeżdżają z oddalonego o 80 kilometrów Wrocławia. Przyjeżdżają i świadczą świetne usługi właśnie na oddziale ginekologiczno-położniczym przy rocznej liczbie porodów mniejszej od liczby dni w ciągu roku, czyli nie jest to mocno opłacalne, natomiast szpital się nieco przekwalifikował w odniesieniu do szpitali powiatowych i mocno skupił swoją uwagę na funkcjonowaniu poradni ginekologicznej samej w sobie. Nie położniczej, tylko po prostu ginekologicznej i zabiegach ginekologicznych, którymi szpital nadrabia straty w związku z utrzymywaniem oddziału położniczo-ginekologicznego.

Tak że tych problemów jest dużo, uważam, że należy skupić uwagę na tym, by nie krytykować tak jednoznacznie, z samego założenia nowopowstałych kierunków lekarskich. Ich jakość jest dobra, ustanowiliśmy standardy, którym wszyscy muszą spro-

stać i jeżeli są wątpliwości, to oczywiście będą audyty i kontrole i wtedy będzie można zwrócić uwagę na rzeczy, które źle funkcjonują i rozwiązać problemy. Ale to jest szansa również dla wsi, żeby tam, w mniejszych ośrodkach, wykształcili się lekarze, zawiązali swoje życie rodzinne i tam funkcjonowali w POZ, które rzeczywiście wygasają. Są POZ, w których średnia wieku lekarza… Ja zresztą w swoim otoczeniu…Mój POZ ma jeszcze jakieś szanse.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Pani poseł, już finalizujmy, proszę.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS):

Ostatnie zdanie. Jestem w stanie wymienić cztery POZ w moim otoczeniu, w odległości do 20 kilometrów, co do których wiem, że w najbliższym czasie nie będą funkcjonowały, bo po prostu nie ma lekarzy. Dlatego musimy się skupić na młodych. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję. O głos poprosił pan minister Konieczny. Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Tak, chciałbym odpowiedzieć na te pytania i uwagi, dlatego że mam obowiązek odpowiedzi na pytania bieżące posłów i jeśli się zaczną, będę musiał niestety opuścić posiedzenie Komisji, więc odpowiem i oczywiście będę uczestniczył tak długo, jak będę mógł. Pozostanie pan dyrektor, który ewentualnie również może odpowiadać na pytania.

Więc to, co do tej pory… Będę próbował trzymać się tematyki dzisiejszego posiedzenia Komisji, ponieważ niektóre wypowiedzi i pytania znacznie odbiegały od tematu. Oczywiście jestem gotowy również na nie odpowiedzieć i w jakiś ograniczony sposób o tym wspomnę.

Pani posłanka Małgorzata Gromadzka stwierdziła, że jest mało lekarzy i przewijało się to przez wiele wypowiedzi wielu osób tutaj. Tak, to prawda. Chciałbym zaznaczyć, że pojawiają się również takie głosy, że lekarzy jest wystarczająca liczba. I właściwie cieszę, że dzisiaj takich głosów nie ma, ponieważ nie brakuje stwierdzeń, że lekarze są tylko źle rozmieszczeni i tak dalej. Ja się z tym nie zgadzam, wiek specjalistów w Polsce jest zatrważająco wysoki, są specjalizacje, w których średnia wieku wynosi 60 lat i więcej, w związku z tym jest wielka luka pokoleniowa. Ona wynika z tego, że 20 lat temu, 10 lat temu rzeczywiście kształcono mało lekarzy, mając zapewnioną kadrę z czasów słusznie minionego ustroju, gdzie tych lekarzy było więcej, możliwości specjalizacji były większe. Natomiast ci lekarze odchodzą na emeryturę, osiągają wiek emerytalny pokolenia z lat, kiedy uczelnie wypuszczały dużo lekarzy, dzięki czemu była zapewniona opieka zdrowotna. Mamy wielką lukę pokoleniową, bardzo mało lekarzy w wieku lat 40 i 50, takich którzy są i doświadczeni, i posiadają odpowiednie doświadczenie. Także należy to nadrabiać.

Co do kierunków lekarskich, pani minister Sójka zapewnia, że kryteria są spełnione. Jeśli tak, to wszystkie uczelnie przejdą przegląd akredytacyjny i nie będziemy mieli problemu, sądzę jednak, że tak nie będzie i pewnie kilka z tych wydziałów jest zagrożonych. Zobaczymy – na pewno będzie to sprawdzone rzetelnie i bez jakiegoś negatywnego nastawiania się, a jednocześnie w Ministerstwie Zdrowia prace idą w takim kierunku, aby wszyscy, którzy rozpoczęli studia – nawet na tych uczelniach, które być może nie będą mogły dalej szkolić ze względu na zbyt niski poziom – będą mogli dokończyć je na innych uczelniach. I to jest omawiane z dyrektorami uczelni – czy wyjściem jest to, żeby było więcej uczelni bliżej miejsc zamieszkania i wtedy będzie więcej studentów. W latach 80. było bodajże 13 uczelni, które szkoliły lekarzy i to była wystarczająca liczba. Ci lekarze byli odpowiednio, nazwijmy to, dystrybuowani, pojawiali się w tych miejscach, w których powinni być, więc nie do końca możemy tak mówić. Myślę, że najważniejsze jest to, żeby lekarz wyszedł z uczelni dobrze wykształcony, a gdzie ta uczelnia ma swoją siedzibę, to jest już mniej istotne.

Mieliśmy pytanie o KRUS, o staż – to już nie do Ministerstwa Zdrowia, to są inne rozwiązania. Pani profesor Alicja Chybicka pytała o to, ile szpitali w Polsce jest zlokalizowanych na wsi i ile jest w odstępie 20 kilometrów od wiosek. Oczywiście musimy

to sprawdzić, odpowiedź będzie na piśmie. Podobnie jeżeli chodzi o POZ i to, w ilu wsiach są. Nigdzie na świecie nie ma tak, żeby w każdej wsi był POZ. Jest to jednak świadczenie, które musi obejmować określoną liczbę pacjentów i w zależność od tego, jaka to jest gmina, może się zdarzyć, że rzeczywiście w jednej gminie POZ jest w prawie każdej wsi, a w drugiej – w co trzeciej, czy nawet co piątej miejscowości. Tutaj nie ma jednoznacznego przełożenia.

Co do zdrowia kobiet i prokreacji, to obszary wiejskie są jak najbardziej zaniedbane. Na pewno trzeba tego pilnować i takie prace są teraz czynione, aby nie wszystkie szpitale były traktowane do końca tak samo, ponieważ do tej pory podejście NFZ było takie, że nie patrzono właśnie na odległości, ile kilometrów pacjentka musi przejechać. Szpitale w różnych miejscowościach w Polsce są zagrożone poprzez tak niskie finansowanie. I to, co mówiła pani minister Sójka, jest poniekąd prawdą – lekarze żądają bardzo wysokich stawek za dyżury w szpitalach, gdzie odbywa się 400 porodów i gdzie jeden poród dziennie nie zapewni nawet finansowania jednego lekarza, tego jego jednego dyżuru. A musi być również anestezjolog, musi być gotowa sala operacyjna, muszą być pielęgniarki i tak dalej, blok operacyjny i inne świadczenia, a finansowanie jest tak niskie, że nie zapewnia oddziałom wypłat dla pracowników.

A lekarze żądają oczywiście wysokich stawek kontraktowych, gdyż to, co państwo zaproponowaliście, czyli stawki etatowe, jest tak niskie, że w tej chwili około 15 tys. lekarzy pracuje na etatach, reszta pracuje na kontraktach. I myślę, że to było zamysłem rządu, żeby wypchnąć lekarzy na pracę kontraktową, gdyż wówczas – to, co pani minister przyznała – pracują po 200–250% tego czasu, który mogliby pracować w ramach Kodeksu pracy. Więc myślę, że to, że ci lekarze byli wypchani na kontrakty, to był ukryty sposób na zapełnienie niedoborów lekarskich. To zaowocowało tym, że żądają bardzo dużych stawek i szpitale pogrążają się w długach, które ogromnie przyrastały w ostatnich latach w niespotykanej liczbie. Kwota zadłużenia szpitali pod koniec roku wynosi prawdopodobnie 22 mld zł i brała się również z tego powodu.

Co do sprawy karetek i tego, że czeka się wiele godzin, to nie mogę się z tym zgodzić ponieważ mediana dojazdu karetki na wsiach w Polsce wynosi 15–20 minut, a w miastach 10–15 minut. Więc oczywiście może zdarzyć dwugodzinne czy godzinne oczekiwanie na przyjazd karetki w jakimś incydentalnym przypadku, nie twierdzę, że się nie zdarzyło, aczkolwiek to jest monitorowane. Bardzo intensywnie monitoruje to Departament Bezpieczeństwa, mamy raporty z oczekiwania na karetki, oczekiwania karetek w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych i tak dalej. I to jest na bieżąco sprawdzane, są interwencje. Mediana jest taka, jak mówię, zależy to od bardzo wielu czynników, nawet od pory roku i od przejezdności dróg. Nie zaprzeczam incydentom, ale czasowo to jednak wygląda lepiej.

Co do profilaktyki, która powinna prowadzona być bardziej na obszarach wiejskich, to się zgadzam. Wiem, że Ministerstwo Zdrowia bodajże w zeszłym roku planowało akcję busów profilaktycznych, ale po rozeznaniu się, jakie stawki musiałyby być zaproponowane firmom czy osobom, które by pełniły taką pracę, wycofano się z tego, gdyż te sumy były bardzo wysokie. Takie „akcyjne” podejście zostało zarzucone, musimy czekać na zwiększenie liczby lekarzy, na to, żeby oni się pojawiali. Zgadzam się z tym, że – żebym tutaj był dobrze zrozumiany, bo nigdy nie byłem wielkim krytykiem tego rozwiązania – zwiększenie naboru było dobrym ruchem i jedynym możliwym w tej sytuacji. Nie zgadzam się z tymi, którzy twierdzą, że lekarzy jest wystarczająca liczba. Jeżeli tacy lekarze są, to prosimy o numery telefonów do nich, przekażemy je szpitalom, które mają braki. Na pewno sytuacja się od razu poprawi. Oczywiście mówię to ironicznie. Nie ma takich lekarzy, nie ma takich chirurgów, ortopedów, pediatrów, internistów i innych, których tysiące są w Polsce niezagospodarowane i możemy ich gdzieś pokierować i będzie lepiej. Takiej sytuacji nie ma, ich trzeba wykształcić, a zwiększenie liczby studentów było koniecznością.

Kwestia odgórnej dystrybucji lekarzy – myślę, że coś takiego się nam nie uda w obecnych rozwiązaniach prawnych. Można stwarzać rzeczywiście sposoby zachęty. Zależnie od możliwości, od rozwiązań prawnych, które są, i ministerstwo, i samorządy mogą się w to włączyć. Aczkolwiek myślę, że system odgórnej dystrybucji lekarzy nie zadziała.

Natomiast jeszcze co do zwiększenia liczby lekarzy i ewentualnej specjalizacji – tu się też trochę nie zgodzę, bo jednocześnie były prowadzone prace nad reformą szpitalnictwa, tak zwane „A, B, C, D", które zakładały likwidację wielu szpitali, ograniczenie ich działalności i tak dalej, przekształcenie ze szpitali ostrodyżurowych w jakieś inne. Ci lekarze nie mieliby się gdzie specjalizować. Musimy pamiętać o tym, że oddziały szpitalne, poza swoją funkcją leczenia ludzi i zapewnienia bezpieczeństwa, są również miejscami szkoleniowymi, więc to było pójście w kontrę. Z jednej strony więcej lekarzy, z drugiej strony – mniej miejsc, w których mogli się specjalizować, W związku z czym myślę, że musimy to brać pod uwagę również jeśli chodzi o liczbę miejsc specjalizacyjnych, wojnę na Ukrainie i tak dalej.

Sprawdzę jeszcze, bo już dostałem sygnał, że muszę opuszczać posiedzenie. Jeszcze raz wspomnę tutaj o programie FEnIKS. On wychodzi naprzeciw zarówno tej opiece koordynowanej, jak i zwiększeniu liczby POZ na obszarach wiejskich. I to jest projekt, który już wchodzi, a nie jakieś planowanie, że za dwa czy cztery lata coś zrobimy. Nie, nabór będzie już prowadzony i to się będzie odbywać. Jeżeli chodzi o środki infrastrukturalne na zakup sprzętu, na rozbudowę, na to, żeby POZ miał dobre warunki pracy, to to jak najbardziej będzie się działo i to w tej chwili. Nie możemy więc mówić, że efekty będą za długi czas. To jest, można powiedzieć, w trakcie realizacji, tak że takie programy będą prowadzone, myślę, że wiele osób skorzysta i siłą rzeczy nastąpi również zwiększenie liczby punktów, które mogą świadczyć usługi dla mieszkańców wsi. Trudniej może być ze specjalistami.

Tutaj już naprawdę muszę kończyć, więc tylko powiem, że częściowo zachodzimy na cały system. Jak na przykład był program rozbudowy SOR, który został przeprowadzony przez poprzedni rząd, i on właśnie teoretycznie uwzględniał te miejsca, gdzie jest niska gęstość zaludnienia. Aczkolwiek – co dzisiaj tutaj wybrzmiało – wielu mieszkańców wsi ma udzielanie świadczenia w SOR w miastach, ponieważ tam mają bliżej, tam jest większy szpital i tak dalej. Te SOR nie dostały tego finansowania, więc podejrzewam, że tak naprawdę przynajmniej połowa mieszkańców wsi – jak nie więcej – została pozbawiona w tym programie poprawy dostępności do leczenia, ponieważ w uwzględnionych kryteriach niedokładnie rozpatrywano to, gdzie ci ludzie są leczeni, tylko to, gdzie ten SOR jest położony. Wnioski takie, że musimy wziąć pod uwagę to, jakie funkcje pełnią szpitale dla określonego obszaru i podchodzić do nich w zróżnicowany sposób. Do tej pory tak nie było.

Bardzo pana przewodniczącego przepraszam, ale naprawdę muszę udać się na pytania bieżące. Pozostaje pan dyrektor, ewentualnie będziemy odpowiadać na piśmie, jeżeli taka będzie konieczność. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję, panie ministrze.

Kontynuujemy dyskusję. Panie dyrektorze, kontynuujemy dyskusję, po jej zakończeniu poprosimy o ewentualne odpowiedzi

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Szanowni panie przewodniczący, szanowni państwo, jeszcze tutaj uzupełniając kwestię z perspektywy zdrowia publicznego…

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Panie dyrektorze, może zróbmy kolejną rundę pytań i wtedy pan się odniesie.

Dyrektor departamentu MZ Dariusz Poznański:

Dobrze, oczywiście. Jasne.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Pan poseł Jarosław Sachajko. Proszę, panie pośle.

Poseł Jarosław Sachajko (Kukiz15):

Dziękuję bardzo.

Pan minister już wychodzi, dlatego prosiłbym pana dyrektora o notowanie tych pytań i odpowiedź na piśmie do przewodniczącego Komisji, który roześle to później do wszystkich członków Komisji.

Tak jak mówił pan minister Cieciórа, w ciągu ośmiu lat czterokrotnie zwiększono liczbę miejsc na studiach medycznych. Dlatego trochę dziwi rozrywanie w tej chwili szat przez członków Platformy Obywatelskiej, którzy płaczą, że jest mało lekarzy. A moje pytanie jest o to, jak planowane jest zwiększenie liczby miejsc na studiach medycznych, bo okres kształcenia lekarza jest długi, dlatego trzeba kontynuować zwiększanie liczby miejsc na studiach medycznych. Jak to będzie wyglądało w 2025, w 2026 roku? Czy ten trend wzrostowy będzie utrzymany?

Dalej – prócz lekarzy w służbie zdrowia bardzo ważne są pielęgniarki. Te systemy, które są uznawane dobrymi systemami służby zdrowia, charakteryzują się wielokrotnie większą liczbą pielęgniarek niż lekarzy. Dlatego też prosiłbym o takie zestawienie, ile miejsc na studiach pielęgniarskich było w 2015 r. i w 2023 r, i jakie są plany w kolejnych dwóch, trzech latach. Prosiłbym również o zestawienie dotyczące miejsc dla rezydentów w 2015, w 2023 roku i informację, jak to będzie rozwijane w kolejnych trzech latach.

Kolejna rzecz. Jestem wyjątkowo sceptyczny co do tego, o czym mówiła pani minister Sójka, do tego dorabiania przez lekarzy, bo wprowadzono tachometry dla kierowców, żeby nie pracowali zbyt długo. A tutaj proponuje się lekarzom pracowanie na kilku etatach. Ja w ubiegłej kadencji albo w poprzedniej kadencji napisałem w tej sprawie interpelację do Ministerstwa Zdrowia. Wówczas Ministerstwo Zdrowia nie potrafiło mi odpowiedzieć, ile realnie lekarze pracują. Bo taki lekarz, który po 24 godzinach dyżuru idzie później do przychodni pracować, to właściwie naraża nasze życie, a nie nam pomaga. Dlatego prosiłbym też o takie zestawienie dotyczące tego, ile taki lekarz realnie pracuje we wszystkich formach zatrudnienia.

Już czas na to, żebyśmy jednak oddzielili prywatną służbę zdrowia od publicznej służby zdrowia, o ile liczba lekarzy na to pozwala. Bo tu słyszymy o różnych nieetycznych zachowaniach części lekarzy, a drugi element to jest to, że skoro kierowca ma tachometr i może pracować określoną liczbę godzin, to lekarz również jest człowiekiem, popełnia błędy i nie powinien pracować na dwóch czy trzech etatach, tak jak się to w tej chwili słyszy. Bo lekarz, który ma dyżur za dyżurem, a jego żona przychodzi do niego w niedzielę z menażkami, żeby razem zjedli wspólny obiad, to jest patologia, która jest nie do wytłumaczenia.

Idąc dalej, widziałem zestawienie co do liczby karetek, że mamy więcej samochodów rządowych od nich. Jak to wygląda tej chwili? Bo słyszeliśmy, że było zamówienie na 77 nowych samochodów dla rządu. Zamawiane w tej chwili są nie samochody, tylko jakieś ścigacze 250-konne. Jak wygląda liczba tych samochodów do liczby karetek, bo wiem o tym, że rzeczywiście jest taki system, który monitoruje długość oczekiwania na karetkę, ale to jest jeden ze wskaźników. A drugi wskaźnik, o który bym prosił, to jak długo ta karetka dowodzi później pacjenta z udarem lub zawałem do ośrodka, który potrafi uratować tego człowieka? Bo w tej chwili są technologie, które potrafią ten skrzep wyjąć, rozpuścić, tak żeby później były minimalne ubytki na zdrowiu, ale to wiąże się z tym, że trzeba dojechać do takiego specjalistycznego ośrodka.

Cieszę się, że pan minister powiedział, że nie skłania się ku pomysłom odgórnego nakazywania lekarzom pracy gdzieś, nakazom pracy rodem z PRL. Ten pomysł, który był kilka kadencji temu – „pokaż lekarzu, co masz w garażu” – również się nie sprawdził i dobrze by było do tego nie wracać, bo praca lekarza, nazywana tu służbą zdrowia, to jest jednak praca. Najprościej jest zadziałać przez kieszeń, czyli uczciwie płacić lekarzom na obszarach wiejskich. Tu pani minister Sójka mówiła, że u niej w ośrodku zdrowia te płace są wystarczające czy bardzo dobre, żeby lekarze tam pracowali. I dobrze by było, żeby ministerstwo w ten sposób patrzyło na służbę zdrowia.

W międzyczasie przejrzałem te pięć obietnic w 100 konkretach. Pan minister jest akurat z opcji lewicowej, ale pani minister jest z ugrupowania, które obiecało, że 100 konkretów zrobi w 100 dni. I chciałem się zapytać, poprosić o informację na piśmie, który z tych pięciu konkretów został zrealizowany jeżeli chodzi o służbę zdrowia, bo nie widzę, żeby którykolwiek został zrealizowany, ale może któryś przynajmniej rozpoczęto

realizować – nie tak jak w Ministerstwie Rolnictwa i Rozwoju Wsi, bo tam nie widzę żadnego rozpoczętego konkretu, nie mówiąc o zakończonym.

Idąc dalej, nie wiem, po co do naszej dyskusji wdarł się wątek dotyczący wyciętych lasów…

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dlatego niech pan już nie kontynuuje tego wątku.

Poseł Jarosław Sachajko (Kukiz15):

Jest to po prostu absurd, bo wystarczy sprawdzić, ile lasów było w 2015 roku, a ile lasów jest w tej chwili. To są precyzyjne dane, ale to jest inna Komisja i pani poseł dowiedziałaby się, że mamy więcej lasów niż było to w 2015 roku.

I przedostatni wątek z tych, które zanotowałem, to jest finansowanie służby zdrowia. Bo w 2015 roku na służbę zdrowia wydawano jedynie 77 mld zł, w 2023 roku – 165 mld zł, czyli na służbę zdrowia przeznaczano dwukrotnie więcej. Chciałem zapytać o plany Ministerstwa Zdrowia dotyczące zwiększenia finansowania służby zdrowia. Wiemy o tym, że z próżnego i Salomon nie naleje, dlatego prośba jest o informacje dotyczące tego, o ile ministerstwo zamierza w kolejnych trzech latach zwiększyć finansowanie służby zdrowia?

I co do materiału, który państwo przygotowali jeżeli chodzi o Ministerstwo Zdrowia, to tutaj mamy analizę wybranych problemów zdrowotnych dla niektórych jednostek chorobowych, czyli zapalenia stawów, młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów oraz stwardnienia rozsianego. I tutaj państwo pokazali, że na obszarach wiejskich znacząco różni się to od miast. I teraz poprosiłbym o pogłębioną analizę tego, dlaczego na obszarach wiejskich takie akurat jednostki chorobowe się bardzo różnią.

I ostatnia rzecz – choroby nowotworowe. Według tego, co tutaj jest napisane, w 2022 r. mieszkańcy wsi umierali najczęściej z powodu chorób krążenia, to jest 37,6% zgonów i później choroby nowotworowe – 22%. W miastach wygląda to znacznie inaczej i widzimy, że mamy tam więcej chorób nowotworowych. Prosiłbym również o pogłębioną analizę różnic – dlaczego są takie duże różnice jeżeli chodzi o umieralność z powodu chorób krążenia i chorób nowotworowych? Czy to może mieć jakiś związek chociażby z tymi karetkami, które dłużej jadą do ośrodka specjalistycznego z zawałem czy udarem? Ale to myślę, że ministerstwo ma takie analizy i przygotuje je dla Komisji. Dziękuję ślicznie.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję. Pani poseł Anna Gembicka.

Poseł Anna Gembicka (PiS):

Bardzo dziękuję.

Pierwsze pytanie do Ministerstwa Zdrowia, też będę prosiła o odpowiedź na piśmie. Czy jest już przygotowany program, który realizowałby zapowiedź zawartą w 100 konkretach, że „na obszarach pozbawionych odpowiedniej diagnostyki stworzymy powiatowe centra zdrowia zapewniające powszechny i równy dostęp do diagnostyki, leczenia ambulatoryjnego i świadczeń specjalistycznych”?. Chciałam tylko zauważyć, że w poprzednich latach takie powiatowe centra zdrowia były dofinansowywane na przykład z Programu Inwestycji Strategicznych, chociażby w powiecie włocławskim, gdzie powstała wspaniała inwestycja – ze środków rządowych to było 6 mln zł, to były też środki unijne, środki powiatu włocławskiego. Chciałam zapytać, jakie środki Ministerstwo Zdrowia planowałoby przeznaczyć na realizację tej zapowiedzi?

Kolejna sprawa. Myślę, że warto docenić działalność KRUS, bo to jest instytucja, która wśród instytucji rolniczych cieszy się najlepszą opinią wśród rolników. Chciałam przypomnieć, że od zeszłego roku także rolnicy emeryci mogą korzystać z wyjazdów rehabilitacyjnych do sanatoriów prowadzonych przez KRUS. Chciałam zapytać o statystykę – jak to wygląda, ilu takich rolników emerytów korzysta teraz z takich wyjazdów? I myślę też, że z racji na to, iż KRUS wysyła regularnie do rolników informacje, jest dobrą instytucją do tego, żeby Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi i Ministerstwo Zdrowia podejmowały wspólne akcje różnego rodzaju: edukacyjne, profilaktyczne.

Można zawrzeć dodatkowe informacje, np. z zakresu profilaktyki zdrowotnej. My też takie akcje przeprowadzaliśmy, więc myślę, że warto to kontynuować.

Kolejna kwestia to temat, o którym mówił pan minister Konieczny, związany z liczbą samobójstw. To jest temat postrzegany przez wielu jako tabu, ale myślę, że trzeba o tym mówić: o depresji, o samobójstwach wśród rolników. Zresztą rolnicy, bodajże w zeszłym roku, zorganizowali konferencję na temat wypalenia zawodowego na obszarach wiejskich. Myślę, że trzeba więcej o tym mówić, bo to często temat wstydliwy. Znalazłam taki wpis na Facebooku, na profilu Jest Rolnik, Jest Żywność, że „ciężka praca w gospodarstwie naprawdę nie chroni przed depresją. Za to zmaganie się rok po roku z trudem życia, z niepewnym bytem, z zagrożeniem, że pogoda zniszczy plony i pozbawi utrzymania, z kredytem, z konfliktami rodzinnymi, z własną, niełatwą historią życia – to wszystko sprzyja zachorowaniu na depresję". Warto tutaj pomyśleć o akcji wspólnej Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi i Ministerstwa Zdrowia, żeby o tym mówić, żeby uświadamiać, żeby pokazywać, że to nie jest żaden wstyd i trzeba szukać pomocy, a poproszenie o nią nie jest żadnym wstydem.

I ostatnia kwestia, bo dużo pojawiało się tematów odnośnie do liczby lekarzy. No powiem państwu, że ja byłam w szoku jak na Komisji Zdrowia omawialiśmy tę kwestię nowo otwartych kierunków i ze środowiska lekarskiego pojawiały się postulaty, że absolutnie nie ma co otwierać kolejnych kierunków, bo lekarzy wystarczy i będzie to tylko ze szkodą dla całego systemu. Naprawdę potrzeba trochę zdrowego rozsądku i myślenia może szerszego, bardziej wspólnotowego, a nie tylko o własnym interesie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję. Pan minister Nowak prosił o głos, dlatego że udaje się na Stały Komitet Rady Ministrów i będzie musiał wyjść. Rozumiem, że z resortu ktoś zostanie. Proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MRiRW Adam Nowak:

Tak, zostanie pan dyrektor Ernest Nasternak z Departamentu Oświaty i Polityki Społecznej. Natomiast odnosząc się zarówno do wypowiedzi pani poseł Chybickiej, jak i teraz do pani minister Gembickiej – wiadomo, że działania realizowane przez KRUS, zwłaszcza w ramach Funduszu Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników, czyli składek rolników, są przeznaczane na poprawę, może nawet bezpośrednio profilaktykę ochrony zdrowia wśród rolników, bo do tego dochodzą na przykład kwestie wsparcia w poprzednich latach. Te działania były – zresztą pani minister doskonale to wie – w kołach gospodyń wiejskich, ochotniczych strażach pożarnych.

I tak łącząc ten temat, o którym powiedziała pani doktor, pani poseł Chybicka i pani minister, myślę że warto tutaj bardziej skoncentrować się na szkoleniu rolników – i tu na przykład świetnym wyjściem byłoby szkolenie rolników i strażaków ochotników z kwalifikowanej pierwszej pomocy. To z jednej strony poprawiłoby odporność i reagowanie w środowisku lokalnym, a wiemy, że w wielu przypadkach tego czasu dotarcia zespołu ratownictwa medycznego nie jesteśmy w stanie przyspieszyć, zaś pierwszymi podmiotami na miejscu różnych zdarzeń, w tym zdarzeń medycznych, są jednostki Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego, w tym Ochotniczej Straży Pożarnej. Takie działanie szkoleniowe mogłoby z pewnością przynieść lepsze efekty niż na przykład kupowanie sprzętu, bo zwiększalibyśmy potencjał do reagowania.

Było też pytanie o konkretne liczby, formy wsparcia. Oczywiście pani poseł otrzyma te dane na piśmie za pośrednictwem przewodniczącego Komisji. Jeżeli też popatrzymy na pozostałe sprawy, które pojawiały się w toku dyskusji, chociażby kwestię zdrowia psychicznego, to faktycznie jest to problem. W wielu obszarach w rolnictwie faktem jest kilkukrotnie większe ryzyko czy prawdopodobieństwo samobójstw. I takie kampanie z pewnością będziemy realizowali. Nawet wczoraj, na Europejskim Forum Rolniczym w Jasionce, w ramach Inicjatywy Agro Woman, było takie zamierzenie, żeby na kwestię zdrowia psychicznego na obszarach wiejskich zwrócić większą uwagę, bo są to choroby takie jak inne, przy czym kwestia pewnej wstydliwości dla ludzi jest dodatkową barierą, więc te działania z pewnością będziemy chcieli podejmować.

I myślę, że w tych sprawach, chociażby zdrowia psychicznego na wsi czy kwestii profilaktyki, jesteśmy w stanie te działania realizować przy takim ponadpartyjnym, ponadpolitycznym porozumieniu, bo zarówno Fundusz Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników, jak i inne instytucje udzielały wsparcia bardzo transparentnie, rzetelnie i warto, żeby to było kontynuowane. Tak samo w ramach tych inicjatyw, akcji, z pewnością warto, żeby były włączone koła gospodyń wiejskich, ochotnicze straże pożarne, organizacje, związki rolnicze. Chociażby możliwość korespondowania, przekazywania tych działań przez KRUS jest jak najbardziej dobrym rozwiązaniem.

Dodam, że do tych pewnych działań komunikacyjnych w zakresie profilaktyki chcemy dołączyć pozostałe instytucje z otoczenia rolnictwa, czyli Agencję Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa, Ośrodki Doradztwa Rolniczego, tak żeby w sprawach działań ważnych dla rolników była pełna współpraca wszystkich instytucji podległych, bo jednak myślę że nam wszystkim – i w ministerstwie, i państwu parlamentarzystom, i pozostałym resortom – zależy, żeby te działania szły do przodu, bo w sprawach zdrowia, życia, bezpieczeństwa musi być ten pełen sojusz i porozumienie. Dziękuję bardzo.

Panie przewodniczący, pan dyrektor zostaje na miejscu, na wszelkie pytania z departamentu udzielimy odpowiedzi na piśmie.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję. Teraz pan poseł Marcin Skonieczka. Proszę, panie pośle.

Poseł Marcin Skonieczka (Polska2050-TD):

Panie przewodniczący, chciałem tylko poruszyć krótko jeden wątek w odniesieniu do tego, co mówiła posłanka Chybicka, bo wspominała o zdrowiu seniorów na obszarach wiejskich. Chciałem wskazać dobrą praktykę, jaką moim zdaniem są kluby seniora. Akurat w mojej gminie mieliśmy 14 klubów seniora, ponad 200 uczestników, zajęcia 20 godzin w tygodniu, spotkania z geriatrą, z psychologiem, z prawnikiem, zajęcia fizyczne, zajęcia manualne, wyjazdy do kina i na rehabilitację, ale była też taka usługa busa, że senior mógł zamówić tego busa i jechać do szpitala do specjalistów w różnych miastach. Były też opiekunki dzienne i opieka wytchnieniowa dla opiekunów faktycznych i wydaje mi się, że tego typu działania to jest i profilaktyka, i poprawa jakości życia seniorów, i poprawa ich zdrowia.

Myślę, że warto byłoby takie działania wspierać. Wiele gmin realizuje tego typu projekty w ramach środków Unii Europejskiej, z tym, że problem jest taki, że te środki w pewnym momencie się kończą i często samorządy nie mają pieniędzy na kontynuowanie tego typu działań, więc myślę że takie wyzwanie też przed nami stoi, żeby w przyszłości zapewnić wsparcie tego typu projektów, właśnie klubów seniora czy domów dziennego pobytu, tak żeby właśnie zadbać o zdrowie seniorów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję. Pan poseł Kazimierz Gołojuch.

Poseł Kazimierz Gołojuch (PiS):

Dziękuję bardzo.

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, tutaj ta dyskusja, która się toczy, idzie w takim kierunku, żeby zwiększyć liczbę kadry medycznej, na co wszyscy się zgadzają. Ale również chciałbym poruszyć wątek, żeby zwiększyć również dofinansowanie szpitali powiatowych, które na chwilę obecną potrzebują tego dofinansowania.

Otóż dlaczego – dlatego że starostwa powiatowe, zarządy powiatów starają się, żeby te szpitale utrzymać w jak najlepszej kondycji, ale niemniej jednak ze względu na dochody starostwa nie są w stanie zapewnić dofinansowania w kwotach, które wystarczyłyby w pełni do utrzymania tych szpitali w dobrej kondycji. Tutaj bym postulował do Ministerstwa Zdrowia, żeby popatrzeć na ten problem i możliwość dofinansowania właśnie szpitali powiatowych.

Chciałbym również powiedzieć, że kierunki lekarskie, które powstały, które funkcjonują, z których już wyszły pierwsze roczniki, działają dobrze. I tutaj dam przykład ze swojego podwórka, mianowicie jeżeli chodzi o Uniwersytet Rzeszowski, kierunek lekarski, to pierwsze roczniki już opuściły tenże kierunek i powiem, że 70% młodych adeptów – bo na to są badania

– zostało na Podkarpaciu. I jeżeli chodzi o LEK, Lekarski Egzamin Końcowy, to ci absolwenci znaleźli się w czołówce, w pierwszej dziesiątce w kraju.

Kolejna rzecz o której tutaj już pan minister powiedział, to są ochotnicze straże pożarne i możliwość przeprowadzenia tutaj ratownictwa medycznego, czyli kształcenia strażaków ochotników w tym kierunku – tak, to się już dzieje, tylko postulowałbym, żeby KRUS, a przede wszystkim Fundusz Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników, miał więcej środków, żeby zakupić między innymi w pełni wyposażone torby lekarskie dla tych jednostek ochotniczych straży, żeby można było zakupić defibrylatory i jeszcze wiele innego, potrzebnego sprzętu, który byłby w remizie strażackiej, w razie potrzeby mógłby być szybko użyty.

I miało miejsce tutaj takie pochwalne działanie…Jeśli chodzi o Profilaktykę 40 PLUS, mam pytanie do Ministerstwa Zdrowia. Czy ten program będzie utrzymany, będzie kontynuowany? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję. Pan poseł Sławomir Zawiślak i później dwa głosy strony społecznej. Proszę, panie pośle.

Poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, Szanowni Państwo. Było tutaj wiele słusznych uwag i zapytań, natomiast ja chciałbym, dziękując za te materiały przygotowane przez Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi i Ministerstwo Zdrowia, zwrócić uwagę na fakt, o którym być może już ktoś mówił, że te trudności związane ze służbą zdrowia, nie tylko doświadczenia usług dla mieszkańców wsi, którzy są, jak się wydaje, najbardziej poszkodowani, ale także mieszkańców miast, to jest też, według mnie, wynik takiej tendencji, która niejako od lat już spłaszcza możliwości kształcenia lekarzy w naszym kraju, problemu starzenia się społeczeństwa. Z tym wiąże się temat pogarszającego się stanu zdrowia również w sensie ilościowym, bo większa populacja osób starszych to niestety jest więcej pracy, żeby utrzymać kondycję obywateli. Po prostu państwo polskie nie kształci wystarczającej liczby lekarzy lub też nie proponuje takich formuł, które by zachęcały lekarzy do pozostania w kraju, czy też, w tym naszym przypadku, interesujących nas kwestii, żeby leczyli mieszkańców wsi.

W związku z tym chciałem zapytać – i poprosić o odpowiedź na piśmie – czy rzeczywiście jest tak, że Ministerstwo Zdrowia teraz zatrzymuje, a wręcz jest przeciwne tej tendencji, która w ostatnich kilku latach rządów Zjednoczonej Prawicy podniosła potrzebę dodatkowego kształcenia lekarzy i to się objawiało tym, że na bardzo wielu różnych uczelniach powstawały kierunki lekarskie? Z tego, co teraz czytam w mediach – i dlatego proszę o odpowiedź na piśmie – polityka obecnego rządu. wydaje się, podważa tenże kierunek i media donoszą, że jest ochota, aby zamykać różne wydziały na różnych uczelniach. Nie wiem, z jakich powodów, myślę, że ta odpowiedź mi tę kwestię wyjaśni, natomiast to jest jedno pytanie, żeby mi powiedzieć, czy rzeczywiście będzie likwidacja wydziałów lekarskich i gdzie?

A z drugiej strony – jak rząd, Ministerstwo Zdrowia, podchodzi do kształcenia osób, które chciałyby zostać lekarzami, zadbać o nasze zdrowie? I jakie ma pomysły, by to kształcenie zwiększyć? Czy są takie projekty, a jeśli tak, to w jakiej perspektywie czasu będą one poruszone, rozpoczęte i jakie są szczegółowe kierunki tego słusznego zamysłu? Myślę, że poprzez fakt, że nie tylko w Polsce, ale chyba w Europie, radykalnie zmniejsza się ilość lekarzy, mamy z tego powodu trudności, które powodują, że w każdej społeczności, także lokalnej, mieszkańców wsi jest lekarz, który oczywiście chciałby i powinien pracować za odpowiednie pieniądze, oczywiście powinien być wypoczęty, te warunki pracy są istotne, ale tych lekarzy powinno być więcej, dlatego chciałbym prosić o odpowiedzi na te pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję. Pan Jan Kaźmierczak.

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Obrony Praw Rolników, Producentów i Przetwórców Rolnych Jan Kaźmierczak:

Jan Kaźmierczak, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Obrony Praw Rolników, Producentów i Przetwórców Rolnych. Wyszedł pan minister, ale mam pytanie do pana dyrektora. Pewno państwo dysponujecie prawną analizą porównawczą dotyczącą innych praktyk w zakresie finansowania studiów lekarskich, chociażby w Stanach Zjednoczonych i w Europie. Trzeba sobie oczywiście zdawać sprawę z różnic systemowych prawa *civil law*, *common law*, ale mimo wszystko może byłoby warto zaimplementować stamtąd niektóre dobre praktyki.

Tutaj moje pytanie, bo wiemy, że w tej chwili istnieją kredyty preferencyjne dla młodych adeptów, którzy chcą uczestniczyć w studiach lekarskich i być lekarzami. Dotyczy to, jeśli dobrze rozumiem, przede wszystkim studiów odpłatnych, niepublicznych. Jednak, podążając za „Dziennikiem. Gazetą Prawną", jest Porozumienie Rezydentów, którzy odradzają korzystanie z kredytów preferencyjnych, zwracając uwagę na kilka kwestii: zmienną stopę oprocentowania tych kredytów, teraz podległą stopom kreowanym przez Narodowy Bank Polski oraz główną kwotę, jak wskazuje „Dziennik. Gazeta Prawna", 240 tys. zł. Według lekarzy to jest współczesny system niewolnictwa. Być może warto byłoby rozpatrzyć, żeby te kredyty dla młodych chętnych na studia lekarskie były bardziej przystosowane, bardziej preferencyjne.

Jeszcze jedno pytanie – czy istnieje możliwość, żeby te studia powszechne, studia publiczne, które są darmowe dla młodych, zdolnych ludzi idących na studia lekarskie, były też wycenione w taki sposób, ażeby w pewnym sensie mieli do czynienia z tym, co w Stanach, że dochodzi do kredytowania studenta, a potem, poprzez to, że zostaje jeszcze na studiach w Polsce, ma on możliwość spłaty tego preferencyjnego kredytu na zasadzie umorzenia? Wydaje się, że przyczyniłoby się to jednak – młodzi ludzie chcą założyć rodziny, na studiach często nie mają czasu – do tego, że więcej lekarzy zostałoby w Polsce.

Jeszcze jedno pytanie o dane statystyczne. Chciałbym zapytać, jaki procent młodych lekarzy dziś wyjeżdża z Polski? Jak donoszą media, jest to znacznie mniejszy procent niż kilka lat temu. Ta kondycja finansowa się poprawiła, ale jednak wyjeżdżają. I pozwolę sobie przytoczyć jedną z danych statystycznych z dziennika ekonomicznego forsal.pl. Jest wskazany koszt studiów na zagranicznych uczelniach za rok nauki w przeliczeniu na euro. USA dominuje, to jest 27 tys. euro. Anglia – 11, Hiszpania – 4, Rosja – 3 tys. euro.

I ostatnia uwaga – Forsal wskazuje również liczbę lat, które sprawiają, że te kwoty zostają umorzone pod koniec studiów. USA to jest aż 19 lat, ale Anglia – 12, Japonia – 9, Hiszpania – 8, Szwajcaria i Niemcy – rok. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję. Bardzo proszę. Proszę się też przedstawić.

Członek Związku Pracodawców „Farmacja" Paweł Brzeski:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, Związek Pracodawców „Farmacja", Paweł Brzeski. Chciałbym zwrócić uwagę na pewną rzecz, którą tylko tutaj państwo dotknęli, a mianowicie sytuację aptek i punktów aptecznych na terenach wiejskich i małych miejscowości. Sytuacja jest o tyle ciekawa, że pan minister raczył tutaj posługiwać się statystykami i zatrzymał się na – o ile sobie dobrze przypominam – 2017 roku. Rzeczywiście, wtedy tendencja tychże placówek była wzrostowa, one się otwierały. Po wprowadzeniu AdA i w tej chwili AdA 2.0, liczba aptek i punktów aptecznych ogólnie w kraju się zmniejsza, a na terenach wiejskich punkty apteczne są zamykane.

Oczywiście jest to spowodowane między innymi sytuacją ekonomiczną, bo trzeba również wziąć pod uwagę sytuację na rynku pracowniczym. Państwo dużo tutaj mówili o lekarzach, których brakuje. O dziwo w naszej branży również zaczyna brakować farmaceutów, których rokrocznie bardzo duża liczna opuszcza Akademię Medyczną, natomiast ze statystyk wynika, że w zawodzie, w pracy za tak zwanym pierwszym stołem, czyli w aptekach i punktach aptecznych, zostaje ich około 10%. Reszta albo przechodzi do firm farmaceutycznych, albo wyjeżdża z kraju, pracując za dużo lepsze pieniądze

w krajach ościennych, albo idzie do jakichś laboratoriów. Ten zawód stał się trochę mniej opłacalny, a wymagania, które są niego nakładane, są z roku na rok coraz większe.

Wprowadzenie AdA, o które środowisko zabiegało przez długie lata, z którym środowisko wiązało bardzo duże nadzieje, trochę nas okaleczyło. W założeniu miała być „apteka dla aptekarza", czyli rodzimi przedsiębiorcy mieli się rozwijać i czuć bezpiecznie, natomiast rynek został zamknięty, przedsiębiorcy mali, krajowi, niewielcy nadal nie są w stanie ekonomicznie konkurować z wielkimi. Ze swojego doświadczenia widzę, że zrobiliśmy coś takiego – zamknęliśmy kurnik z lisem w środku. Apteki miesiąc w miesiąc – zresztą to są oficjalne dane w rejestrze aptek – są zamykane.

AdA 2.0 zrobiła jeszcze coś takiego, że ci, już leciwi farmaceuci, którzy pracują przez lata w zawodzie, a nie mają już siły ani konkurować, ani pracować, chcieliby spieniężyć swój dorobek życiowy, który przez całe życie prowadzili, nie za bardzo mogą to uczynić, bo jedyną możliwością przekazania tego komuś innemu jest sprzedaż tego farmaceucie. A farmaceuci po pierwsze, nie dysponują takimi pieniędzmi, a po drugie, nie chcą ryzykować w i tak niepewnej sytuacji, która jest na rynku. Czyli jedynym beneficjentem, który był chętny, czyli ci, którzy mogli apteki kupować, w tej chwili robić tego nie mogą. Skądinąd wiem, że AdA 2.0 ma być nowelizowana. Aż boję się pomyśleć, co będzie w dalszych pomysłach, które będą się w niej zawierały.

Chciałem jeszcze zaznaczyć, że na terenach wiejskich w punktach aptecznych mogą sprzedawać technicy farmaceutyczni. I można powiedzieć, że to jest nadzieja branży, bo, jak wspomniałem, farmaceutów jako takich brakuje na rynku i w miastach, i na wsiach, a w szczególności na wsiach. Czyli w tych punktach aptecznych, gdzie mogą sprzedawać technicy farmaceutyczni, oni ratują sytuację.

Chciałem podkreślić to, że wtedy, kiedy mieliśmy pandemię Covid-19, nasze placówki były czas otwarte. Nawet na samym początku, kiedy były tylko teleporady, kiedy ośrodki zdrowia nie przyjmowały, a kontakt z lekarzem był tylko, tak to nazwę, wirtualny, to my służyliśmy pomocą, pracą, opieką farmaceutyczną. Czyli można powiedzieć, że w tym ciężkim czasie przejęliśmy na siebie bardzo duży ciężar. Taką paralelą chciałem nawiązać do sytuacji, która jest w tej chwili w kraju, gdzie za drzwiami naszej wschodniej granicy mamy wojnę i mówi się, że my też mamy się przygotowywać. No właśnie dlatego te placówki, apteki, punkty apteczne stają się elementem w obronie bezpieczeństwa lekowego kraju i pacjentów.

Tak więc zmniejszająca się liczba aptek, które są w kraju, a zwłaszcza tych na terenach wiejskich… Zwróćmy uwagę na to, że pacjenci, którzy w czasach żniw pracują w polu, chcą mieć szybki, łatwy dostęp do służby zdrowia, a jeżeli już skontaktują się z lekarzem choćby telefonicznie, dostaną telefonicznie receptę elektroniczną, to chcą ją szybko zrealizować. Niejednokrotnie kilkudziesięciokilometrowa podróż do miasta jest dla niektórych niepotrzebną stratą czasu – już nie mówię o starych, zniedołężniałych ludziach, dla których jest to wycieczka, która może kosztować ich nawet kilkanaście godzin. To może tyle i dziękuję za wysłuchanie.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję bardzo. Jeszcze jeden głos, już ostatni, w drodze wyjątku i poprosimy o odpowiedzi, dlatego że posłowie mają też jeszcze inne obowiązki. Proszę.

Członek Związku Pracodawców „Farmacja" Jerzy Mazurek:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, ja jeszcze w kwestii uzupełnienia tego, co powiedział mój kolega przedmówca. Chciałbym więc pokazać na liczbach…

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Prosiłbym jeszcze o przedstawienie się.

Członek Związku Pracodawców „Farmacja" Jerzy Mazurek:

Jerzy Mazurek, jestem farmaceutą, reprezentuję też Związek Pracodawców „Farmacja". Chociażby więc kwestia ostatnich podwyżek i rzeczy związanych z inflacją. Po ośmiu latach udało nam się wywalczyć podniesienie marży na lekach urzędowych, która przed tą podwyżką wynosiła 14,23%, teraz średnio 15,46%. Praktycznie nie znam żadnej innej branży, która by pracowała w detalu, gdzie średnia wartość sprzedawanego produktu to 10–40 zł,

na tak niskiej marży. Uwarunkowania i wszystkie obostrzenia, które musi spełnić apteka, generują olbrzymie koszty. Tak że średni zarobek na leku przed podwyżką to było 4,26 zł, teraz to jest 4,77 zł. Dla porównania tylko przytoczę, że w Niemczech apteka na leku refundowanym zarabia 3% wartości plus 8,5 euro na każdym opakowaniu, czyli to jest około 10 razy więcej niż u nas. A pensje są tam 2–2,5 razy większe niż u nas.

Mamy troszeczkę pretensji do naszej Naczelnej Izby Aptekarskiej, która bardzo marnie walczy o naszej sprawy i marnie sygnalizuje te problemy, dlatego że nawet jak mieliśmy jeszcze za poprzedniej ekipy strajk całej branży leczniczej, prezes naszej Izby powiedział, że my jako aptekarze nie będziemy strajkować, bo to nie czas i miejsce. Natomiast teraz po wyborach okazało się, że teraz Izba każe nam się cieszyć podwyżką rzędu kilku procent. Tak naprawdę to jest 1,5% od 14%, które mieliśmy, czyli to jest 8%, a składki w Izbie wzrosły z 20 zł miesięcznie na 70 zł. To pokazuje najlepiej, jaka to jest dysproporcja.

Apteki nie mają szans otwierać się na terenach wiejskich, ponieważ koszty bieżącej działalności „zjadają" jakikolwiek sens prowadzenia tego biznesu. Apteka jest takim samym biznesem jak inny, oczywiście ma swoją misję, natomiast żeby ją wypełnić, musi pokryć wszystkie swoje koszty, które są olbrzymie począwszy od lokalu, od pensji, poprzez urlopy i chorobowe, które trzeba zapłacić.

Zawód jest zdominowany przez kobiety, więc dochodzi kwestia ciąży. Obecnie obciążenie związane z odejściem pracownika na ciążę to dla przedsiębiorcy jest około 50 tys. zł, dlatego że zwolnienie pojawia się już w pierwszym tygodniu po stwierdzeniu, że dana osoba jest w ciąży, przez dziewięć miesięcy nie ma pracownika, przez te dziewięć miesięcy narasta urlop, później jest rok macierzyńskiego, od czego też narasta urlop. Tak że jak ten pracownik wraca po roku i ośmiu miesiącach nieobecności, to wychodzi na to, że trzy i pół pensji należy zapłacić i to jest dla małego przedsiębiorcy olbrzymie obciążenie.

Do tego przez ostatnie osiem lat doszło mnóstwo różnych uwarunkowań. Do tego stopnia, że niedawno ukazał się w gazecie artykuł, który mówi, z jakiego powodu można zamknąć aptekę. I to jest artykuł na cztery strony zapisane maczkiem. Czyli kto otworzy biznes, co do którego jest marna szansa, że będzie przynosił dochód? To po pierwsze. A jeśli nawet będzie przynosił dochód, to w każdej chwili może przyjść urzędnik i zamknąć apteki, które są zamykane przez urzędników cały czas. Nawet teraz, kiedy nie ma Głównego Inspektora Farmaceutycznego, przez osoby, które podają się za działające z upoważnienia – z którego tak naprawdę nie mogą działać, bo nie spełniają kryteriów – są wydawane decyzje o zamknięciu aptek. Jeżeli prawnik z urzędu podpisuje się, że działa z upoważnienia, a wiadomo, że Głównym Inspektorem Farmaceutycznym może być tylko farmaceuta, to jest mniej więcej taka sama sytuacja, kiedy ja wyjechałbym na urlop i upoważnił sprzątaczkę do sprzedawania leków w aptece. No mogę to zrobić, bo to jest mój pracownik, tylko niestety pani sprzątająca nie spełnia wymogów formalnych, żeby takową sprzedaż prowadzić. Tak że to jest duży problem.

U nas jest troszeczkę inaczej niż w przypadku lekarzy, bo u nas uczelnie są, są miejsca dla studentów, natomiast z roku na rok spada liczba studentów chętnych do tego, żeby studiować. Kiedy ja studiowałem farmację, liczba chętnych wynosiła od kilku do kilkunastu osób w zależności od wydziału. Obecnie jest tak, że niektóre wydziały farmaceutyczne w Polsce nie są w stanie zgromadzić wystarczającej liczby studentów, żeby zapełnić cały rok. A to w głównej mierze wynika z zarobków. Farmaceuta w aptece w Polsce zarabia koło 6,5 tys. netto miesięcznie. Jest to praca zmianowa, w której farmaceuta spędza cały czas na nogach. Powiedzmy sobie, dla porównania w takiej Szwajcarii zarabia 40 tys. miesięcznie. My oczywiście nie oczekujemy takich zarobków, no ale niestety zarobki na poziomie sprzedawcy w sklepie nie są w stanie zatrzymać młodych ludzi w aptekach. Oni wolą iść pracować do firm farmaceutycznych albo w ogóle się przebranżowić, dlatego że ich praca i trud włożony w zakończenie studiów nie gwarantują później odpowiednich zarobków. Czyli wydajemy pieniądze na „becikowe", na 800+, na kształcenie i na końcu temu wykształconemu magistrowi mówimy: „no słuchaj, ale teraz nie mamy dla ciebie ciekawej oferty, tak że generalnie szukaj sobie pracy gdzie indziej". I na tym korzystają zagraniczne koncerny, a cały trud, który państwo włożyło w wykształcenie pracownika, idzie na marne.

Tak że nasza prośba jest taka, żeby naprawdę tym farmaceutom nie utrudniać życia poprzez wymyślanie kolejnych przepisów, które niczego nie wnoszą do naszej działalności, zwiększają tylko koszty prowadzenia biznesu. I na dodatek urzędnicy, którzy przychodząc na kontrolę szukają każdego powodu do tego, żeby zamknąć aptekę, a nie do tego, żeby przekazać informację, jak ten biznes prowadzić lepiej, żeby, zgodnie z wymogami urzędnikami, wszystko było OK.

Nie dalej jak wczoraj dostałem informację od znajomej, której w ciągu ostatnich dwóch miesięcy zamknięto dwie apteki. Wszystkie leki z magazynu muszą być zutylizowane, idą do śmieci. W sytuacji, kiedy, tak jak kolega wspominał, mamy problem z wojną za naszą granicą, mamy problem z tym, że wojna może się przenieść również na nasz obszar, każda apteka jest to jest mikromagazyn leków. Przez ostatnie osiem lat z rynku zniknęło 2000–2200 aptek. Jeżeli przyjąć, że średnia apteka ma magazyn na poziomie 300 tys. zł, to zniknęły nam magazyny z lekami za 600 mln zł. To jest naprawdę istotny problem i nad tym wszystkim należałoby się pochylić i może zmienić troszeczkę politykę w stosunku do aptek i ich właścicieli.

Pan minister Buda w którymś momencie mówił, że dla farmaceutów, którzy będą chcieli otworzyć apteki, będą próbowali stworzyć specjalne, preferencyjne kredyty. To naprawdę nie jest potrzebne, to tak jakbyśmy dostali kredyt na otworzenie biznesu z gorącą herbatą na pustyni. Świetnie, my go otworzymy, tylko my go nie utrzymamy, bo tej herbaty nikt nie będzie chciał kupić. I tutaj też nie potrzeba nam takich rozwiązań, które nam coś ułatwią. Jak ja otwierałem swoją pierwszą aptekę, to do mnie przychodziły wszystkie hurtownie i dawały mi pieniądze na otwarcie, bo wiedziały, że ten biznes jest opłacalny, że na pewno to spłacę, robiąc u nich zakupy. Natomiast teraz sytuacja jest taka, że każda otwarta apteka, to jest praktycznie wtopa finansowa dla właściciela. I to dlatego nie ma farmaceutów, którzy chcą otwierać apteki i to dlatego sieci skupują apteki, bo farmaceuci chcą się tych aptek pozbyć. Gdyby apteka była dochodowym przedsięwzięciem, to gwarantuję, że żadne sieci by się nie rozwijały, bo żaden farmaceuta nie chciałby ani sprzedać im swojej apteki, ani nie chciałby być tak zwanym słupem, czyli firmować swoją osobą fikcyjny zakup dla sieci aptek. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Dziękuję. Teraz już odpowiedzi. Poproszę panów dyrektorów, szczególnie pana dyrektora z Ministerstwa Zdrowia.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Szanowni państwo, bardzo dziękuję, wszystkie pytania zanotowałem Większość odpowiedzi na nie przygotujemy w formie pisemnej, bo pytania były bardzo precyzyjne.

Jeżeli chodzi o informację dla pana posła Sachajko, dla pani poseł Gembickiej i pozostałych państwa posłów, to pozwolę sobie odpowiedzieć na takie rzeczy, które przekrojowo pojawiają się w wielu pytaniach. A jeszcze, odnosząc się do pytań strony społecznej, bardzo bym prosił o przekazanie kontaktów bezpośrednio po posiedzeniu, to wtedy przekażemy państwu odpowiedzi, bo to, jak rozumiem, już nie za pośrednictwem Komisji.

Jeżeli chodzi o kwestię zdrowia na obszarach wiejskich, to z perspektywy Ministerstwa Zdrowia i zdrowia publicznego jest to dla nas bardzo istotna kwestia. Jak wiemy, na obszarach wiejskich mieszka około 40% polskiej populacji. I te rzeczy, które widzimy najbardziej perspektywicznie, horyzontalnie jako wyzwania – dla nas to są kwestie starzejącej się populacji, wyludniania się obszarów wiejskich, co spowoduje konieczność zapewnienia opieki zdrowotnej starzejącej się populacji z wielochorobowością i będzie wiązało się też z dużymi wyzwaniami opiekuńczymi i to zarówno po stronie systemu ochrony zdrowia, zapewnienia opieki długoterminowej, domowej, instytucjonalnej, jak też innych form wsparcia osób starszych, niesamodzielnych. Będzie to więc na pewno będzie duże wyzwanie finansowe, organizacyjne, kadrowe i to właśnie w kwestii organizacji, zapewnienia opieki długoterminowej, dostępności z udziałem podziału terytorialnego kraju, przygotowujemy zmianę.

W związku z realizacją Krajowego Programu Odbudowy przegląd jest już na ukończeniu. Współpracujemy z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej, z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej, z Bankiem Światowym i w najbliższym czasie,

po zakończeniu prac nad tym przeglądem, będą rozpoczynane prace legislacyjne, które mają w sposób lepszy, bardziej skoordynowany przygotować na te wyzwania demograficzne i opiekuńcze.

Druga rzecz, która jest dla nas niezwykle istotna, to jest kwestia profilaktyki. Oczywiście tutaj było dużo dyskusji, pytań i komentarzy dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, szpitali czy też rehabilitacji. Natomiast jak patrzymy na temat zdrowia mieszańców obszarów wiejskich, to tutaj były te różnice podkreślane: różnica jeśli chodzi o występowanie chorób krążenia i nowotworów czy tak zwanych przyczyn zewnętrznych, w tym samobójstw. Ta różnica w większości powinna być tłumaczona nie tym, że do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej mieszkaniec wsi jedzie 10 minut dłużej niż mieszkaniec miasta, tylko jest tutaj różnica biorąca się ze społecznych uwarunkowań, rozpowszechnienia czynników ryzyka. Przede wszystkim częstsze używanie wyrobów tytoniowych, konsumpcji alkoholu, kwestia diety i aktywności fizycznej – to są czynniki, które w największym stopniu determinują sytuację zdrowotną i inna częstość występowania tych czynników ryzyka tłumaczy w 70–80% te różnice w obserwowanym stanie zdrowia i przyczyn, z powodu których dana grupa osób kieruje się do systemu ochrony zdrowia.

Tak więc kwestia profilaktyki jest dla nas niezwykle ważna. W ciągu ostatnich dwóch lat próbowaliśmy zawiązać formalną współpracę i upowszechnić realizację programów profilaktycznych typu Profilaktyka 40 PLUS, bo tutaj faktycznie jest kwestia trudniejszego dostępu do laboratorium, które realizuje ten program i trzeba faktycznie podjąć pewien wysiłek, żeby na przykład dojechać do miasta powiatowego, więc – tak jak pan minister wspominał – chcieliśmy zrobić to w formule wyjazdowej, korzystać w weekendy z biur Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa czy gabinetów lekarskich KRUS, ale niestety pojawiło się dużo przeszkód formalnych i jak analizowaliśmy koszty tego rodzaju przedsięwzięć, to przeprowadzenie tego samego badania spirometrycznego czy jakichś badań krwi, byłoby kilkukrotnie droższe niż jest to w chwili obecnej wycenione w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń w Narodowym Funduszu Zdrowia. I też bardzo trudno było znaleźć lekarzy, którzy byliby chętni do udziału w tego rodzaju akcjach.

Niemniej jednak mamy na uwadze te społeczne uwarunkowania, nierówności w zdrowiu. Przy konstruowaniu kolejnych oddziaływań profilaktycznych będziemy to na pewno brali pod uwagę, mamy dużo doświadczeń z realizacji Profilaktyki 40 PLUS i tu mogę odpowiedzieć, że program jest zaplanowany do końca czerwca tego roku. Nie przewiduje się na obecną chwilę jego kontynuacji, natomiast pracujemy nad programem, który miałby być ogólnopolskim programem profilaktycznym, razem z ekspertami i NFZ robimy przegląd interwencji, które mogłyby się w tym programie znaleźć.

Kolejnym obszarem, który jest dla nas niezwykle ważny, jest kwestia zdrowia psychicznego, prewencji samobójstw i depresji. Kwestia samobójstw jest szczególnie istotna dla mężczyzn w średnim wieku, którzy mieszkają na wsi. To grupa, w której zachowania samobójcze występują niestety najczęściej. Prowadzimy różnego rodzaju działania informacyjne, szkoleniowe dla różnych grup zawodowych, które mają kontakt z osobami z wyższym ryzykiem samobójczym, takimi jak nauczyciele, pracownicy pomocy społecznej, księża. Jest prowadzona działalność edukacyjna dla osób, które piszą na temat samobójstw, bo trzeba na ten temat pisać w sposób odpowiedzialny, żeby nie zwiększać fal samobójstw następczych, to jest tak zwany efekt Wertera.

Zwiększamy dostępność opieki psychiatrycznej zarówno dla dzieci i młodzieży, jak i dla osób dorosłych. Jeżeli chodzi o dzieci i młodzież, to naszą intencją jest, żeby ośrodki tak zwanego pierwszego poziomu referencyjnego, które zatrudniają psychoterapeutów dzieci i młodzieży, psychologów, terapeutów środowiskowych, były w każdym powiecie. Zaczęliśmy je kontraktować w 2020 roku i wtedy powstały pierwsze placówki. W tej chwili mamy ich 470 i założenie, żeby taka poradnia, takie centrum było przynajmniej jedno w powiecie, żeby nie było takiej sytuacji, że trzeba jechać kilkadziesiąt kilometrów, żeby dostać profesjonalną pomoc.

I jeżeli chodzi o centra zdrowia psychicznego dla osób dorosłych, to już połowa populacji osób dorosłych w kraju jest objęta skoordynowaną opieką psychiatryczną,. Tam jest kilka form pomocy: pomoc doraźna, opieka stacjonarna na oddziałach szpitalnych, poradnia zdro-

wia psychicznego, oddział dzienny, zespoły leczenia środowiskowego. I też chcielibyśmy, według założeń dokumentów strategicznych na 2027 r., zapewnić taką opiekę nad niemalże całym krajem. Takie centra będą w przyszłości otwierane i rozwijane.

Z takich tematów, które są ważne dla Ministerstwa Zdrowia, uzupełnienia wypowiedzi pana ministra, to może tyle – pozostałe szczegółowe odpowiedzi przekażemy drogą pisemną. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Prosiłbym, panie dyrektorze, żeby to zrealizować; żeby te pytania, które były zadane i gdzie była wyraźna prośba o odpowiedź na piśmie, żeby tak się stało.

Do resortu rolnictwa za dużo pytań już nie było, ale pan dyrektor chce jeszcze coś powiedzieć. Proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Oświaty i Polityki Społecznej Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi Ernest Nasternak:

Dzień dobry, wprawdzie do nas pytań nie było za dużo, ale jeszcze tylko wspomnę o tym, o czy wspominała pani poseł Gromadzka, o stażu emerytalnym w KRUS i w ZUS. To pytanie odbijało trochę od tematu dzisiejszego posiedzenia Komisji, ale powiem tylko tyle, że system zusowski i krusowski są odrębnymi systemami i co do zasady nie można ich porównywać.

W ZUS nie trzeba mieć minimalnego stażu emerytalnego, żeby nabyć prawo do emerytury – tam się liczy kapitał dzielony przez długość życia. W ewentualnym przypadku, gdy kobieta, mówimy tutaj o kobiecie, nie może uzyskać najniższej emerytury ze zgromadzonego kapitału i wykaże się 20-letnim stażem emerytalnym, to wtedy emerytura zostanie uzupełniona z budżetu państwa do najniższej.

Rolniczy system emerytalny nie został zreformowany tak jak system powszechny. Nadal oparty jest na zasadzie repartycyjnej, gdzie wymagany jest staż, żeby nabyć prawo do emerytury. W rolniczym systemie emerytalnym ten staż od zawsze był ustanowiony na jednakowym poziomie dla kobiet i mężczyzn. Ponieważ kobiety – nawet w czasie, gdy zajmowały się dzieckiem – również opłacały składki i w tym opłacaniu nie miały przerw, to ustawodawca nie zdecydował się na rozwiązanie takie, jak w systemie powszechnym, żeby obniżyć ten staż emerytalny do nabycia prawa do świadczenia. I z tego to wynika.

Przede wszystkim z tego, że to są dwa odrębne systemy, to różnią się znacznie i nie można zrównywać tylko tych elementów, które są korzystniejsze w systemie powszechnym z zasadami uregulowanymi w systemie rolniczym, gdyż można powiedzieć, że większość uregulowań w systemie powszechnym jest mniej korzystna niż w systemie rolniczym. To tylko tak krótko nawiązując do tego.

Pani poseł pytała, ilu emerytów korzysta z rehabilitacji w centrach rehabilitacji rolników. Przyznam się szczerze, że nie wiem, ale chcę zaznaczyć, że wprowadzając to rozwiązanie do ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników określono kwoty, które na dany rok przysługują. I – z tego, co wiem – to cała kwota na rehabilitację emerytów, która została określona w ustawie, została wykorzystana. W każdym roku jest wykorzystywana. Ewentualnie jeszcze mogę do Komisji przesłać informację uzupełniającą o liczbie emerytów, którzy korzystają z funkcjonujących w ramach ubezpieczenia społecznego rolników świadczeń rehabilitacyjnych w centrach rehabilitacji rolników, z danych lat.

Tutaj było jeszcze pytanie odnośnie do finansowania przez Fundusz Składkowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników różnych zakupów w zakresie sprzętu medycznego. Chcę jednak zaznaczyć, że Fundusz Składkowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników jest odrębną osobą prawną w ramach ubezpieczenia społecznego rolników i jest finansowany wyłącznie ze składek ubezpieczonych. Tak że w ramach możliwości, które fundusz posiada, jeżeli środki na to pozwalają, to znaczy jeżeli środki, które są przeznaczone na finansowanie świadczeń pozwalają na to, żeby jeszcze nadmiar tych środków przeznaczyć na inne cele, to te środki przeznaczane są między innymi na zakup sprzętu medycznego.

Były różne pytania o podejście do współpracy z Ministerstwem Zdrowia, odnośnie do kwestii związanych z depresją na wsi. Oczywiście podejmiemy taką współpracę. Zobo-

wiązujemy się do tego, szczególnie w tym kontekście, że ma nastąpić zmiana reorganizacyjna w departamencie, ma być położony większy nacisk na różne kwestie związane z bezpieczeństwem i higieną pracy. I na pewno ta współpraca, jeśli nam się to uda, będzie podejmowana ze wszystkimi instytucjami, które będą mogły nam pomóc w zapewnieniu między innymi zdrowia psychicznego na wsi.

I to tyle pytań, które były zadane do nas. A co do liczby emerytów korzystających z rehabilitacji, to prześlę tę informację.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

Prosiłbym, panie dyrektorze, żeby przesłać informację dotyczącą nie tylko liczby emerytów korzystających z rehabilitacji, ale w ogóle, liczbę emerytów rolnych za okres ostatnich 10 lat, jak to się zmieniało, czy emerytów rolnych przybyło, czy ubyło.

Zastępca dyrektora departamentu MRiRW Ernest Nasternak:

Nie, nie. To kwestia charakterystyczna, że ta liczba ubezpieczonych i świadczeniobiorców spada.

Przewodniczący poseł Mirosław Maliszewski (PSL-TD):

To też bym to poprosił, powiązanie z wysokością środków, które przeznaczane są na emerytury rolnicze i inne świadczenia.

Szanowni państwo, chciałem bardzo podziękować za wytrwałość, przede wszystkim paniom posłankom za to, że ten temat został wniesiony do planu pracy Komisji, że ten temat zrealizowaliśmy. Bardzo dziękuję za bardzo dobrą dyskusję, bo obok spraw, które na co dzień nas zajmują, czyli sytuacji dochodowej w rolnictwie, to są też inne, ważne rzeczy, które dzieją się na obszarach wiejskich i decydują o standardzie życia. Między innymi dostępność do usług medycznych i stan zdrowia osób pracujących w rolnictwie to był bardzo ważny temat.

Jeszcze bardzo dziękuję za tę dyskusję. Na tym wyczerpaliśmy porządek obrad. Protokół będzie do przejrzenia w sekretariacie Komisji. Zamykam posiedzenie. Dziękuję państwu bardzo.